



Estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en el Sur global: implicancias de la descolonización de teorías y políticas sanitarias en el siglo XXI^{*}

Critical Studies for the Refoundation of Health Systems in the Global South: Implications of the Decolonization of Health Theories and Policies in the 21st Century

Estudos críticos para a refundação dos sistemas de saúde no sul global: implicações da descolonização das teorias e políticas sanitárias no século XXI

Recibido: 05 de octubre de 2024. **Aceptado:** 24 de noviembre de 2024. **Publicado:** 30 de diciembre de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.ecrs>

Gonzalo Basile^a

Coord. Regional GT Salud Internacional CLACSO, República Dominicana
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2251-0541>

Cómo citar Basile, G. (2024). Estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en el Sur global: implicancias de la descolonización de teorías y políticas sanitarias en el siglo XXI. *Gerencia y Políticas de Salud*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.ecrs>

^aAutor de correspondencia. Correo electrónico: gbasile2015@gmail.com

Resumen

El presente artículo de reflexión transita una revisión y discusión sobre la propuesta de estudios críticos en sistemas de salud situados en el Sur global, partiendo de la necesidad de descolonización de las teorías y políticas que aún continúan basadas en epistemes eurocéntricas y panamericanas del Norte global. Por una parte, se propone una revisión de la genealogía de estos marcos teóricos y metodológicos que sustentaron y se reprodujeron a lo largo del siglo XX y XXI en una dinámica de sujeción a la dependencia político-sanitaria de imitación o adaptación de los modelos y modelajes eurocéntricos de protección social y sistemas de salud. Frente a esta colonialidad teórica y de política sanitaria, el trabajo propone abrir un proceso de descolonización de las teorías y políticas sobre los sistemas de salud en el Sur global para el siglo XXI, a partir de una actualización del pensamiento crítico latinoamericano sobre sistemas sanitarios, la construcción de nuevos puntos de partida epistémicos y de nuevo marcos categoriales en las transiciones hacia una propuesta de estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud desde y para Latinoamérica y el Caribe.

Palabras clave: estudios críticos, refundación de sistemas de salud, sistemas de salud - descolonización, políticas en salud, salud desde el Sur.

Abstract

This reflective article reviews and discusses the proposal for critical studies on health systems situated in the Global South, emphasizing the need for the decolonization of theories and policies that remain rooted in Eurocentric and Pan-American epistemes from the Global North. First, it examines the genealogy of these theoretical and methodological frameworks, which were sustained and reproduced throughout the 20th and 21st centuries in a dynamic of subjection to political and health dependence, through the imitation or adaptation of Eurocentric models of social protection and health systems. In response to this theoretical and health policy coloniality, the study seeks to initiate a process of decolonization of health theories and policies in the Global South for the 21st century. This is approached through an update of Latin American critical thought on health systems, the construction of new epistemic starting points, and the development of new categorical frameworks. These elements are crucial in the transition towards a proposal for critical studies aimed at refounding health systems from and for Latin America and the Caribbean.

Keywords: Critical Studies, Refoundation of Health Systems, Health Systems - Decolonization, Health Policies, Health from the South.

Resumo

Este artigo reflexivo revisa e discute a proposta de estudos críticos sobre sistemas de saúde situados no Sul Global, destacando a necessidade de descolonizar teorias e políticas que ainda permanecem baseadas em epistemes eurocêntricas e pan-americanas do Norte Global. Primeiramente, analisa-se a genealogia desses marcos teóricos e metodológicos, que foram sustentados e reproduzidos ao longo dos séculos XX e XXI em uma dinâmica de sujeição à dependência político-sanitária, por meio da imitação ou adaptação de modelos eurocêntricos de proteção social e sistemas de saúde. Diante dessa colonialidade teórica e da política sanitária, o estudo propõe iniciar um processo de descolonização das teorias e políticas sobre os sistemas de saúde no Sul Global para o século XXI. Esse processo é abordado a partir da atualização do pensamento crítico latino-americano sobre sistemas de saúde, da construção de novos pontos de partida epistêmicos e do desenvolvimento de novos marcos categoriais. Esses elementos são essenciais na transição para uma proposta de estudos críticos voltada para a refundação dos sistemas de saúde desde e para a América Latina e o Caribe.

Palavras-chave: estudos críticos, refundação dos sistemas de saúde, sistemas de saúde - descolonização, políticas de saúde, saúde a partir do Sul.



Introducción

El presente manuscrito tiene por objetivo realizar una aproximación al desarrollo actual de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud situados en el Sur global (1). Desde una descripción general, los estudios sobre sistemas de salud a lo largo del siglo XX y durante este siglo XXI tanto en las academias, escuelas de salud pública, centros de investigación como en actores de gestión y gobierno en el sector salud de América Latina y el Caribe (Abya Yala) reproducen marcos teóricos, como de políticas públicas, que continúan basados en epistemes¹, teorías, políticas y prácticas eurocéntricas² y panamericanas³ (2).

El primer ejercicio que propone este artículo de reflexión es la imprescindible revisión y caracterización de la genealogía⁴ de estos marcos teóricos que sustentan y reproducen una dependencia político-sanitaria por imitación o adaptación; y que se expresan de forma simplificada en una lógica de “copiar-pegar” teorías y políticas del Norte global que se fueron acumulando en las arquitecturas institucionales, organizacionales y territoriales de los sistemas de salud en el Sur, especialmente en la especificidad latinoamericana caribeña del capitalismo mundialmente periférico (1). La estructuración de sistemas de atención médica fue concebida desde las epistemes surgidas del pensamiento científico moderno en salud de Occidente (2), a partir de los engranajes de la biomedicina clínica individual; la “enfermología” pública de lo que se conoce hoy como salud pública funcionalista, el pensamiento médico-social eurocéntrico, como eslabones que fueron internacionalizados bajo las geopolíticas de la doctrina panamericana sanitaria y la contemporánea salud global liberal (3). Esta introducción tiene como objetivo fundamental revisar la experiencia de (re)producción de unos cuatro o cinco modelajes que se denominan *marcos teóricos* sobre los sistemas de atención médica centrados en reparación fisiopatológica como respuesta a los problemas de las sociedades modernas de Occidente, globalizados por considerarlos modelos universales que pueden ser utilizados sin importar el contexto, el tiempo y el espacio vital al resto del mundo. Detrás de la repetición de estos fundamentos e ideas, sus mallas curriculares, políticas y arquitecturas organizacionales se esconde aquello que justifica y naturaliza las razones de la implantación institucional de modelos y modelajes eurocéntricos de protección social y salud a lo largo del siglo XX como en la actualidad las teorías y políticas neoliberales en una economía de mercados de coberturas de salud en la región.

Esta dependencia científico-sanitaria basada en postulados biomedicalizados y funcionalistas del pensamiento científico moderno en salud de Occidente(2), que se condensaron institucionalmente en los sistemas de salud pública en la región latinoamericana caribeña a lo largo de década tras década y de reforma tras reforma. A decir de Aníbal Quijano (4), una reproducción de colonialidad. Una colonialidad político-sanitaria (3) basada en considerar como únicos horizontes de actuación a los postulados epistémicos y metodológicos sobre sistemas de salud del Norte global que se sacralizaron como la verdad universal implantada en las demografías, interculturalidades, epidemiologías y territorialidades de nuestro Sur (4).

A partir de esta breve caracterización crítica, el manuscrito busca introducir en qué consiste la descolonización de estas teorías y políticas sobre sistemas de salud, lo cual implica identificar en primer lugar, de qué nos estamos descolonizando. ¿Comprendemos cuál es el problema colonial de estas teorías y políticas sobre los sistemas de salud del siglo XX y XXI? ¿Cómo salir de esta matriz moderno colonial de conocimientos sobre los sistemas de salud que se anidan en mallas curriculares de estudio y de formación como de política sanitaria?

Finalmente, en una segunda parte del artículo, a partir de la matriz de estudio del grupo de trabajo de Salud Internacional de CLACSO (1), se describen y discuten sintéticamente algunas de las dimensiones clave desde donde se fundamentan la novedad de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI:

1. Colonialidad y dependencia teórica/políticas/epistémica sobre sistemas de salud
2. La especificidad de los sistemas de salud y el Estado en Latinoamérica y Caribe. El Estado como determinante de la política sanitaria y los sistemas de salud
3. La cuestión social de la descuidadización por mercantilización y por desposesión
4. El giro epistémico de las teorías y políticas en sistemas de salud desde el Sur global
5. El marco categorial de los estudios críticos para la refundación de sistemas de salud

¿Para qué y por qué sistemas de salud en el siglo XXI?: breve revisión de conceptualizaciones y las implicancias de las matrices epistémicas coloniales

En una sintética revisión de literatura especializada, el mapa conceptual y epistémico que hegemoniza las definiciones o lo que se denomina *sistemas de salud* en Latinoamérica y el Caribe en el siglo XXI se presenta con una perspectiva dominante de epistemologías del Norte global (2). Es decir, es preeminente la repetición de marcos de comprensión o teóricos sobre sistemas de salud presentados bajo fundamentos de la “administración de organizaciones” que proviene justamente de la teoría de administración de organizaciones empresariales (5, 7) del siglo XX o bien simplemente se caracterizan componentes de un aparato burocrático-administrativo que se lo describe por sus funciones (lo que hace) o por sus instituciones (quienes lo componen) en una clara concepción weberiana (1).

Bajo estas teorizaciones, la concepción del Estado nación resulta un determinante de las políticas y concepciones sobre los sistemas de salud en la región. El Estado moderno es pensado y reducido a un *aparato burocrático externo a la sociedad* para amplios sectores, actores y corrientes teóricas sanitarias. El Estado como un aparato estatal de control de fronteras, territorios, de administración de bienes y de una población como objeto (8). Este aparato estatal en general tiende a describirse a sí mismo con una apariencia de imparcialidad, de garantía de un orden social, de la seguridad o la atención reparatoria de enfermedades.



El principal problema es que la mayoría de estas definiciones occidentalizadas weberianas (9) plantean dos niveles diferentes de análisis clásicos y eurocentrados: el funcional y el institucional.

Esto implica que muchos autores y actores definen al Estado y, en la práctica, a los sistemas de salud por lo que parece institucionalmente, o bien, por lo que hacen, sus funciones. Lo que prevalece en general es una visión mixta, pero en buena medida instrumental administrativa. Por eso frecuentemente cuando se describe a los sistemas sanitarios se lo hace a partir de listar “instituciones” (ejemplo: ministerios, instituciones, establecimientos de salud, etc.) o lo que hace (ejemplo: sus funciones y acciones, programas, etc.).

Al realizar una síntesis de las principales sistematizaciones sobre definiciones vigentes de actores globales y regionales (16) sobre los significados de lo que se denomina *sistema de salud*, nos ayuda a identificar los marcos teóricos que prevalecen en la práctica:

- “La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” según la OMS (10).
- “El Grupo Banco Mundial (GBM) apoya las medidas de los países dirigidas a lograr ... la cobertura universal de salud (CUS) es un elemento central de esta labor... y proveer servicios médicos de calidad y asequibles para todos, independientemente de la capacidad de pago de las personas, fortaleciendo los sistemas de atención primaria y reduciendo los riesgos financieros asociados con la mala salud y la creciente desigualdad” (11).
- “El fortalecimiento de las redes integradas basadas en la atención primaria de salud con la participación de las personas y sus comunidades, involucrando a los sectores público y privado; la persecución de la sostenibilidad fiscal y financiera mediante la mejora de la eficiencia y la movilización de recursos internos de acuerdo con el perfil económico y epidemiológico de cada país; la promoción de la transformación digital en la atención médica y la inversión en vigilancia epidemiológica y preparación para emergencias” (Banco Interamericano de Desarrollo) (12).
- “Sistema de salud de tu país pone en marcha sus tres funciones fundamentales: (BID): 1. El financiamiento, ...2. La provisión de servicios, 3. La gobernanza” (12).
- Para el departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el sistema sanitario “articula las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas y medir los progresos en torno a cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; fortalecer la rectoría y la gobernanza; aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, y fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud” (13).

- “Está integrado por todas las personas e instituciones dedicadas a formar personal, atender los requerimientos asistenciales de la población, administrar recursos y pensar-resolver los problemas de salud de las personas y la sociedad” según Saúl Franco (14).
- En el propio Proyecto de Ley “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, denominado Reforma Estructural en Colombia actualmente en su Artículo 2º se define sistema de salud a: “De conformidad con el artículo 4 de la ley 1751 de 2015, es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación; que el Estado dispone para garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud” (15).

Esta naturalizado que la organización de los sistemas de salud es un aparato burocrático asistencial-curativo externo a las sociedades, comunidades o territorios. Este modelo organizacional está gobernado por un salubrismo estatal de especialistas de la “enfermología” pública (17), donde los servicios de salud fueron matriciados en un modelo jerárquico-burocrático por niveles (1er nivel, 2do nivel, 3er nivel) inspirado en la organizacional fabril de líneas de producción. Así, la propia atención hospitalaria y los establecimientos sanitarios quedaron diseñados bajo una lógica piramidal, donde los hospitales, centros de salud y otras instituciones ocupan un lugar central. Que pueden contar con *más o menos* atención primaria de la salud y acciones preventivas-promocionales anglosajona pero sobre la base de la lógica piramidal jerárquica con un lugar central de los establecimientos sanitarios y equipos (Hospital, Centro de Salud, otros), población como *objeto*, distribución y atención de enfermedad y muerte.

Obviamente que en este entramado de un *saber-hacer* y marcos de comprensión sobre sistemas de salud (16) es donde permearon la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual y la “enfermología” pública (17) para dar cuenta de las enfermedades colectivas o públicas, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de atención biomédica para reparación fisiopatológica y control vertical de riesgos sobre las poblaciones como objeto a cargo de estos sistemas de atención (bio)médica (1).

Con una presuposición positivista, el sistema sanitario se concibe como un mecanismo para explicar el riesgo de enfermar en la población y controlarlo o mitigarlo, también como un aparato del Estado moderno y de la técnica positivista burocrático-estatal. Es asimilado como un interventor técnico-normativo que actúa a través de las instituciones de atención médica y sobre la población como su propio objeto (17). Además, el sistema sanitario opera mediante el cálculo de riesgos, en transiciones de diversos esquemas explicativos reduccionistas de las determinaciones de la salud humana como los de Leavell y Clark (1953) (18), de Lalonde (1974) (19) a Whitehead (1990) (20) o Marmot (2008) (21). Mantiene una racionalidad funcionalista basada en el paradigma estructural-funcionalismo que concibe a los “problemas sociales” (donde entran los problemas de salud-cuidado) apenas como *desajustes funcionales*

que se producen y corrigen en subsistemas (22), de manera que concibe a los sistemas de salud como la corrección, la mitigación o el control de desajustes funcionales a nivel clínico, epidemiológico o de eventos de salud pública.

Si bien el hospital como institución existía desde los siglos XVII y XVIII, sus funciones no eran médicas, sino asistenciales de beneficencia para hacer frente a la enfermedad hasta la muerte (23). Fue recién en el siglo XIX, en las principales ciudades de Inglaterra y Francia cuando el Hospital fue sometido a un ordenamiento motivado no por el interés de mejorar la atención del enfermo, sino para evitar la propagación de las enfermedades hacia las ciudades que crecían al compás de la explosión del sistema capitalista como lo describe Karl Polanyi (24). Se establecieron disposiciones sobre su funcionamiento, y su administración dejando de ser responsabilidad de la Iglesia y esta comienza a ser asumida por médicos funcionarios de un incipiente sistema de atención médica. Esta concepción de sistemas de salud entonces pareciera tener una genética *weberiana* con modos de intervenir con una selectividad estratégica: les es más fácil solventar y responder a unos problemas asistenciales-curativos, a prácticas preventivas, promocionales o de APS, de individualización de riesgos e intervenciones funcionalistas sobre los estilos de vida que a responder a los complejos desafíos de los modos de vida colectivos epidemiológicos, socioambientales, territoriales y racializados en implicancias de producir cuidado integral de la salud en comunidades de vida y sociedades de Latinoamérica y Caribe (25).

Este andamiaje teórico-conceptual tiene un primer resultado de materialización en lo que se define como Sistemas-Frankenstein (25): aparatos sanitarios burocráticos weberianos, biomedicalizados, curativos-asistenciales y mercantilizados que se (auto)perciben externos a las sociedades y que fueron acumulando reformas con lenguajes, mandatos, lógicas, tesis; al mismo tiempo que cristalizaban deshumanización, racismos, inequidades, violencias.

Estas concepciones vigentes sobre los sistemas de salud llevan a una necesaria revisión de los marcos de comprensión de la especificidad del Estado como determinante fundamental de las políticas y sistemas de salud en el Sur global. También, permiten preguntarnos sobre la teorización que se tiene de las condensaciones institucionales del Estado como expresión del acumulado de las relaciones de poder en el capitalismo periférico en el Sur.

El Estado es la expresión institucional y organizacional de relaciones sociales, culturales, herencias coloniales y de poder en las comunidades de vida y sociedades de la región (1). Desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud (2), se invita a revisar los marcos de comprensión sobre los sistemas de salud, asumiendo los límites y sesgos de aproximaciones epistemológicas estandarizadas o la repetición de definiciones consideradas universales.

Bajo esta primera caracterización y revisión, abrimos una pregunta clave de trabajo sobre la redefinición del para qué y por qué de un sistema de salud en el Sur para el siglo XXI (1), partiendo de los siguientes supuestos:

- La necesidad de asumir los sistemas de salud como construcciones históricas fruto de las relaciones raciales-coloniales, sociales, (inter)culturales, políticas y económicas condensadas en la institucionalidad sanitaria.
- Los sistemas de salud son bienes públicos, comunes y colectivos que se expresan en diversas esferas públicas –estatal y no estatal– de territorios, territorialidades y espacios sociales de la salud y la vida en sociedad, en comunidad. No son solo servicios, establecimientos (hospitales y centros) y tecnología positiva estatal.
- Los sistemas de salud configuran las relaciones de poder e ideas que dominan al interior de una sociedad, de una comunidad de vida (Abya Yala), indicando según la hegemonía en la relación Sociedad-Estado o Comunidad-Estado (2), el tipo de institucionalidad y materialidad del sistema de salud que tenemos.
- Los sistemas de salud son una estrategia para responder al cuidado integral de la salud y la vida en sociedad, en comunidad.

En definitiva, es sustancial como primera aproximación redefinir en la región el para qué, el por qué y el cómo ir produciendo un conocimiento en los estudios críticos sobre sistemas de salud situados en el Sur para el siglo XXI como una dimensión fundante de este trabajo.

Los acumulados de reformas y más reformas: de la implantación de modelos eurocéntricos de protección social al pluralismo estructurado de sistemas de coberturas

Antes de introducir la propuesta de estudios críticos, resulta necesario revisar la acumulación de teorías y políticas en ciclos, etapas u oleadas de reformas en la región. Desde su conformación hasta el presente, las bases epistemológicas —de producción de conocimientos— sobre los sistemas de salud en la región latinoamericana caribeña tendieron a moverse entre la reproducción de una constante colonialidad del poder y el conocimiento sanitario (3), haciendo que ciclos de procesos regionales se muevan en acumulados de implantación de reformas, nuevas reformas, y reformas de las reformas a partir de un flujo de importación de teorías, políticas, o en el mejor de los casos, en una adaptación de dichas tesis y lentes según el Norte global y/o actores del sistema-mundo contemporáneo. Cada reforma y su episteme produjeron sedimentaciones, arreglos y condensaciones institucionales en los Estados, en las sociedades, en las academias y en los sistemas sanitarios a lo largo del siglo XX (25).

Este proceso fue fundamentado y estructurado con un acumulado de cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Comisión Económica y Social para Latinoamérica (CEPAL), o el Banco Mundial, el



Banco Interamericano de Desarrollo, actores económicos-financieros y del complejo político (neo)liberal, bajo una pretendida homogeneidad regional para mantener y alentar los intereses del desarrollo nacional en el siglo XX y/o promover la expansión de bienes de mercado dentro de los sistemas de salud en el siglo XXI con la nueva protección social neoliberal a través del pluralismo estructurado y la extensión de coberturas financieras (26).

En general, las tesis del siglo XX y del siglo XXI responden a unas tipologías de estudio y clasificación de modelos de protección social y sistemas de salud que continúan siendo eurocéntricas, panamericanas y (neo)liberales en sus concepciones. Estas permearon los estudios en universidades, escuelas de salud pública y centros de estudios regionales (27). También espacios de formación académica, de gestión y gobierno como de acción político-sanitario continúan repitiendo estas tipologías consideradas universales:

- El modelo de asistencia social de caridad beneficencia proveniente de países con una fuerte tradición liberal, o el modelo residual liberal anglosajón de asistencia pública,
- El modelo del seguro social de la enfermedad proveniente de las reformas de Bismarck en Alemania al final del siglo XIX, luego universalizado por OIT.
- El modelo de la seguridad social universal cuya referencia es el Plan Beveridge de 1942 en Gran Bretaña de posguerra y reparación de la sociedad británica (28).
- En la actualidad, se impulsa un cuarto modelo de protección social. Este plantea “reformular” los modelos eurocéntricos anteriores que el Banco Mundial, el BID, OIT y la OPS-OMS impulsaron con el manejo del riesgo social (29), pluralismo estructurado en salud (26) y la vigente salud universal (30) así como los pisos mínimos de protección social. Lo cual produjo sistemas de coberturas sanitarias.
- Cabe preguntarse ¿desde qué espacio del mundo, desde qué geopolítica del mundo se estuvo produciendo este pensamiento científico moderno en sistemas de salud?

Es importante identificar que estos modelos eurocéntricos de protección social y atención médica (1) según la literatura tuvieron unos contextos singulares y fueron respuestas a problemas situados en las transiciones y mutaciones que fue sufriendo el colonialismo al capitalismo industrial de mercado y luego al vigente capitalismo financiero extractivo en el Norte global, con sus trayectorias históricas, paradigmas, concepciones y presupuestos del tipo de ciudadanía que buscaron construir las sociedades occidentales objetivo donde se construyeron estos modelajes y los momentos desde donde fueron pensados y diseñados.

Ahora bien, es importante recordar que por ejemplo estos tres modelos teóricos desarrollados por el Norte global para categorizar “sus” procesos de reformas respondieron al orden sociohistórico de unas relaciones sociales productivas y reproductivas situadas al calor de transiciones de

las sociedades modernas eurocentradas y anglosajonas que fueron a posteriori universalizados como modelajes teóricos y políticos sanitarios como las reformas inevitables a ser imitadas y atravesadas por el Sur global. Incluso así se presentó en el siglo XX.

A su vez, resulta clave identificar que estos ensamblajes eurocéntricos entre biomedicina clínica, medicina social, visión preventivista de salud pública funcionalista se internalizaron:

- Entrelazándose con el nacimiento de una seguridad social eurocéntrica como tecnología positivista del Estado moderno para mantener el orden social liberal.
- Expandiéndose en sistemas de atención (bio)médica de reparación fisiopatológica del cuerpo enfermo y rehabilitación de daños en la salud humana con el presupuesto de la reparación y retorno al proceso productivo industrial y/o la evitación de propagación de epidemias y crisis sanitarias con impactos en el comercio internacional, el colonialismo y la posterior producción capitalista industrial.

A partir de 1940, se emprendieron iniciativas de asistencia técnica de OIT (Organización Internacional del Trabajo) hacia Latinoamérica y el Caribe que determinaron la implantación del seguro social alemán (Convenio N.º 102) con el anclaje de la progresiva creación de instituciones de seguros sociales en la región.

Esta lógica y condensación institucional de la seguridad social tripartita *bismarkiana* primó en todo el diseño de la administración pública estatal, de las políticas públicas y del consenso en lo referido a la ciudadanía social en Europa, primordialmente, que se reprodujo -artificialmente- en el capitalismo periférico donde se implantaron sobre las herencias de racialización, perfiles epidemiológicos polarizados (no industriales), entre otros contextos.

El caso del modelo Beverige, en contexto de posguerra y como respuesta a daños en la sociedad británica, fue también una tesis luego exportada para los diseños de universalización de sistemas de atención (bio)médica en la región, resaltada especialmente por las corrientes médico-sociales europeas en Latinoamérica y el Caribe. Tanto el modelo de asistencia social de beneficencia para pobres (que en la región prefigurará la salud pública), el modelo del seguro social alemán vinculando atención sanitaria a la inserción al proceso productivo industrial y de servicios con la tesis de pleno empleo, y la seguridad social Beverige que universaliza atención biomédica curativa en un modelo jerárquico-piramidal (31), responden a contextos provincianos singulares y son respuestas eurocéntricas que fueron importados o bien *folklorizados* en una adaptación y adecuación en el Sur global (32).

Según Mesa Lago (33), la importación de estos modelos de protección social en Latinoamérica y el Caribe terminó transformando estos tres postulados o modelos eurocéntricos teóricos antes descritos de forma heterogénea, mixturada y parcial, construyendo tres tipos de procesos



organizacionales acumulados en los sistemas de salud que se ejecutaron en la región entre: 1) universalismo estratificado, 2) modelos duales y 3) modelos excluyentes.

La crisis del viejo pacto fordista entre trabajo y capital del capitalismo industrial de mercado posbélico abrió paso a una fase de financierización cognitiva extractiva que rápidamente trajo un nuevo ciclo de reformas que construyeron nuevas morfologías de los sistemas de salud. Mientras el capitalismo industrial requería cierto grado de protección social por tasa de ganancia para sostener la fuerza de trabajo y de consumo en clave de expansión de mercado interno, o con el industrialismo sustitutivo en las fases desarrollistas que se buscaron emular en América Latina y el Caribe recurrentemente retomadas como mitología, el capitalismo financiero global característico de fines de siglo pasado e inicios del XXI con la globalización liberalizante como instrumento expansivo a decir de Wendy Brown (34) no tiene interés en proteger a las sociedades, sino que ubica, en su acelerada reproducción basada en la financierización, el extractivismo acelerado, y una sociedad líquida que estructura una nueva subjetividad del siglo XXI (35). Con una creciente desciudadanización neoliberal en salud que se materializa en una desciudadanización por mercantilización y por desposesión (1).

En este contexto contemporáneo, surgieron las oleadas de la primera y la segunda reforma al Estado (36, 37) en los ochenta y en los dos mil que expandieron molecularmente las tesis del manejo del riesgo social, el pluralismo estructurado (26), los sistemas de coberturas sanitarias y la actual salud universal en los sistemas de salud.

El proceso de tsunamis de reformas a los bienes públicos en lo institucional y organizacional tuvo diversas velocidades en el objetivo de reconfiguración del Estado desde el ajuste y cambio estructural del Consenso de Washington a la modernización y la nueva gerencia pública; de la flexibilización laboral al capital humano en competencia; de la descentralización con desfinanciamiento crónico de lo público a la separación de funciones con más rectoría y regulación a 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 (38). Toda necesidad o problema del ser humano puede convertirse en una empresa rentable (34).

Desde Chile, Colombia (39), México (40), República Dominicana, Perú, Uruguay o Argentina se promovió la expansión de un mercado de coberturas financieras sanitarias que reconfiguraron los sistemas de salud en sistemas de aseguramiento en salud con ciudadanías segmentadas, estratificadas con la universalización de tipos de coberturas sanitarias que parten de la diferenciación por paquetes de servicios (garantías explícitas) y pruebas de medios (régimen de aseguramiento). Asimismo, la creciente expansión de escuelas de economía de la salud —neoclásica y (neo)liberal— implantaron una concepción ya no de sistemas de atención (bio)médica eurocéntrica, sino sistemas de coberturas de salud.

Todo el lenguaje conceptual de coberturas, prestaciones, cargas de enfermedad, costo-beneficio, paquetes de servicios, la rectoría y la regulación de la modulación de mercados de coberturas; pasaron a dominar los marcos de comprensión político-sanitaria con una cuestión clave:

generaciones y nuevas generaciones de académicos, consultores, gestores de gobierno en salud pública fueron formados en estas mallas curriculares para reproducir y administrar todo este andamiaje. Hoy se los denomina especialistas, expertos, consultores, entre otras.

Una breve sistematización de este proceso vigente (Figura 1):

1. La primera oleada en el sector y sistemas de salud tuvo las bases en el documento “Invertir en Salud” en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 del Banco Mundial, OMS y otras agencias (41) que promovieron asistencialismo focalizado, autogestión hospitalaria, *management care*, desfinanciamiento crónico de salud pública, pérdida de capacidades en servicios públicos y fragilización de los sistemas.
2. Desde 1997, la propia OPS-OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) impulsaron la “Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe” basados en la estrategia del Banco Mundial (1).
3. En un segundo tsunami de reforma al Estado (1), se asume en la política pública de la teoría del manejo del riesgo social que atraviesa las políticas públicas sanitarias y de protección social desde el documento “Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection and beyond” (29) lanzando una nueva definición y marco conceptual para la nueva protección social. El concepto replantea las áreas tradicionales de la seguridad social, focalizándose exclusivamente en los individuos y la individualización de sus riesgos, grupos vulnerables y la resiliencia (42).
4. La segunda etapa de reformas en sistemas de salud (43) extendió la tesis de Londoño y Frenk (26), que propusieron un modelo que denominaron pluralismo estructurado que sistematizaba lo que los bancos venían impulsando en la región. Pero con una operación clave: la propia reforma al sistema sanitario debía producir un mercado (des)regulado de coberturas financieras en salud (subsidio a la demanda) donde el seguro para “pobres” por prueba de medios (con financiamiento público) es el gran centro organizador del propio sistema de aseguramiento. Un logro fundante fue que transformó al Estado en una aseguradora y se comenzó a hablar sólo de coberturas.
5. En esta segunda etapa también se empieza a reconvertir los programas de manejo social del riesgo de la nueva protección social neoliberal en un promovido nuevo componente de los sistemas de cuidados (44, 45) tomando algunas tesis del feminismo eurocéntrico (46).
6. Cada etapa fue dejando andamiajes jurídico-legales con marcos normativos que perennizaron las reformas y las nuevas reformas de los sistemas de salud.



Figura 1. Los cuatro componentes actuales de las reformas neoliberales en siglo XXI

Fuente: elaboración propia.

Los fundamentos de este pluralismo estructurado y competencia regulada se basaron en la separación de funciones, entre Estado y el mercado. Esto dio lugar a un mercado de coberturas financieras modelado en función de: modulación (rectoría, regulación); financiamiento (público para subsidio a la demanda y privado a través de cotizaciones); articulación (entre poblaciones y prestadores y aseguradoras financieras públicas/privadas), y provisión (público-privada).

El resultado fue la construcción de una teorización comodín, adaptable, con políticas que con un lenguaje conceptual de readecuación permanente mantuvieron siempre la premisa de la extensión de coberturas sanitarias, de protecciones sociales y hoy de paquetes de “cuidados” diferenciales a través de distintos seguros individuales por estrato social. Esto solidificó la separación de funciones entre Estado y mercado abriendo la puerta a la intermediación y modulación financiera de aseguradoras, mercado de prestadores plural en competencia y asociaciones público-privadas con un subsector público de salud para responder a los problemas de altas externalidades de bajo y alto costo. Este marco teórico de la ampliación de coberturas de salud, de protección social, de beneficios sociales a los vulnerables, de pensiones mínimas, fue la hoja de ruta que dominó los ciclos de política pública en gobiernos de distinto signo político-ideológico en la región en las últimas décadas (1).

Como señaló el liberal Kutzin (47), la cobertura universal de salud es un “conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud”, y es “una dirección en vez de un destino”.

Un análisis cronológico y de actores (1) permite identificar cómo esta direccionalidad se consolidó a partir de 2012, cuando en la reunión del Health Systems Global en Beijing (48) el sector privado de salud adoptó esta visión. Posteriormente, la Declaración de Bellagio (Italia) (49), surgida del simposio “El futuro del mercado de la salud”, auspiciado por la Fundación

Rockefeller, y el informe Sistemas de Salud Sustentables del Foro Económico Mundial de Davos, elaborado por McKinsey & Company (50), reforzaron esta narrativa.

A ello se sumó la Asamblea General de Naciones Unidas lanzando el reporte de Cobertura Universal de Salud y las consultas regionales junto al Banco Mundial y Rockefeller que terminaron en la 53. Asamblea Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobando la iniciativa CUS (OPS CD53/R14, 2014) (1) hoy llamada “Salud Universal” (30). En septiembre del 2019, la Reunión de Alto Nivel sobre CUS organizado por la Universal Health Coverage Partnership (UHC2030) (51) volvió a relanzar un pacto global que refrendó la Asamblea de Naciones Unidas con la declaración: “Cobertura sanitaria universal: avanzar juntos para construir un mundo más saludable”. Esta agenda global y regional sigue vigente, aunque sustentada en falacias ampliamente estudiadas (1).

En la actualidad, el pluralismo estructurado en el siglo XXI fue mutando y se actualizó en nuevas propuestas bajo la sombrilla de la mentada salud universal (30) en la que se plantean los siguientes elementos:

- Creación de fondos únicos o unificados de salud (con redistribución según perfiles de riesgo individuales dentro de sistemas de aseguramiento en salud).
- Seguro único o seguro universal de salud como base de un sistema sanitario asegurador-comprador público como ya lo preveían Londoño y Frenk en los noventa.
- El desarrollo de sistemas integrados de salud (*Integrated Delivery Systems*, IDS siglas en inglés). La integración aparece como un fetiche y mito para modificar las cadenas de mando de rectoría y regulación para disponer de fondos públicos para subsidiar la demanda y delimitar funciones esenciales al subsector de salud pública restringiendo las intervenciones sanitarias generales.
- Mantenimiento de sistemas de aseguramiento de mercado en salud basados en la creación de una estrategia de Atención Primaria de la Salud como mitigación compensatoria. Hoy cada convenio país del Banco Mundial incluye a la APS.

En resumen, hay un repetido eslogan sobre la fragmentación de los sistemas sanitarios en la región que no explica casi nada. Nunca fue un error de diseño, sino que se dividió aún más en prestadores de servicios, aseguradoras e intermediarios, a usuarios/poblaciones, creando competencia y nichos de mercados. Más segmentación de las sociedades que ya habían sido estratificadas con la seguridad social eurocéntrica en el siglo XX, entre asegurados “pobres”, asegurados “medios” y “ricos”. O dualmente polarizando entre servicios de salud pública para pobres y mercantilización para sectores medios y de altos ingresos.



El sector privado financiero en la región (bancos y aseguradoras) comprendieron que la expansión de mercados de coberturas financieras tenía un límite para su crecimiento: un máximo del 15 al 20 % de la población total en la región (51). Por obvias razones de ingresos y desigualdad distributiva más no podría crecer un mercado de seguros privados o coberturas financieras de pago de bolsillo tipo Suiza o Estados Unidos. Para expandir los mercados de coberturas se necesita (des)regular y administrar fondos del Estado (financiamiento público y coberturas diferenciales público-privadas), incluso para quedarse con coberturas mixtas del mercado de trabajo informal. De ahí las teorizaciones de sistemas de coberturas sanitarias.

Al mismo tiempo, al direccionar el flujo de la economía política de cada sistema de salud a las coberturas (asegurados), produjeron un debilitamiento de la soberanía sanitaria pública implosionando el fortalecimiento de la capacidad estatal y pública como garante de bienes públicos de respuestas universales, integrales y de calidad.

En esta breve revisión realizada en la primera parte del manuscrito, Stuart Halls (52) expone una genealogía codificada que se acumuló y sedimentó en las agendas regionales y nacionales, en las teorías, conceptos, políticas, condensaciones institucionales y organizacionales sobre los sistemas de salud de la región latinoamericana y caribeña (Figura 2).

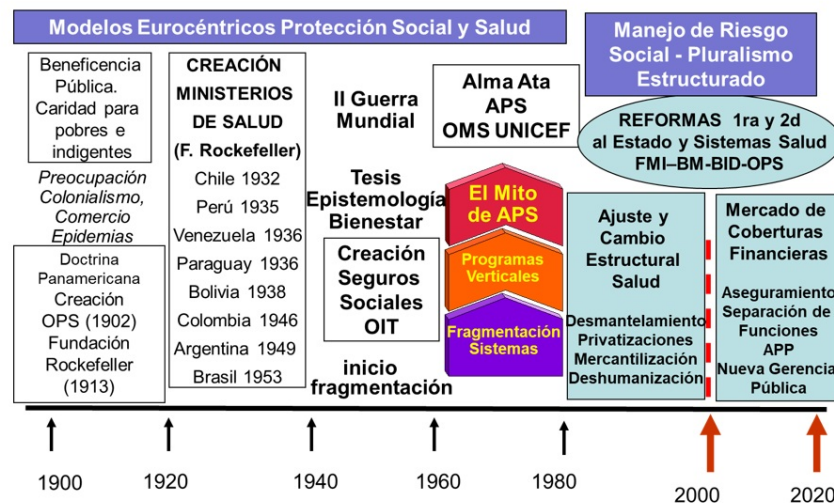


Figura 2. Genealogía de teorías y políticas sobre sistemas de salud en siglo XX y XXI

Fuente: elaboración propia.

Contextualizando los modelos y modelajes antes descritos, cabe destacar que desde los años sesenta en América Latina y Caribe, tomando como hito la cumbre de Punta del Este en el lanzamiento de la Alianza para el Progreso, los sistemas de salud quedaron atrapados en los ciclos de teorización del desarrollo económico y social, transformándose en un campo de reproducción epistémica de este ideario. En este sentido, la irrupción del *desarrollo* como concepto estructurante de la arena geopolítica del poder y el conocimiento sanitario (16,22), resulta primordial para comprender por qué por más de medio siglo la forma en que se analiza,

entiende y miran los sistemas de salud en los países del Sur, en especial a Latinoamérica y Caribe, tienen bases en las imbricaciones entre *salud y desarrollo*. Todo esto hace parte de las *epistemologías del bienestar* (16) que impactaron en la transnacionalización de modelos de protección social eurocéntricos, en importación de modelos de atención médica y gestión hospitalaria, en la planificación del desarrollo desde las políticas sanitarias y servicios de salud, en la asimilación de tecnologías sanitarias y medicamentos, en los formatos clásicos de vigilancia epidemiológica según enfermedades a vigilar en la transición epidemiológica, en la matriz de la economía política del sistema sanitario, en la respuesta a emergencias de salud pública y seguridad sanitaria global, entre otras. Así el pensamiento sanitario eurocéntrico y panamericano fue migrando de una epistemología clásica del desarrollo económico (crecimiento económico, PBI per cápita, etc) que desde los años cincuenta en adelante fue permeando fuertemente el campo sanitario hacia la más reciente epistemología del bienestar (desarrollo humano) y la equidad (53) en los estudios de sistemas de salud.

En el siglo XX, la formación del pensamiento científico en salud pública trascendería tanto en el campo teórico como en la praxis el aporte de la higiene social europea, la misma que a partir de 1930 se amplió con la visión preventivista impulsada por las escuelas de salud pública norteamericanas, que tuvieron gran aceptación en salubristas y fue incorporado en los programas de inmunización, organización de los servicios y en la formación de personal a nivel pre y posgrado, como se expresa en las conclusiones de los seminarios sobre la enseñanza de Medicina Preventiva en Viña del Mar, Chile, en 1955 impulsada por la OPS-OMS (54). Es interesante cómo, más recientemente, las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) fueron incorporadas como mandatos complementarios suscritos entre el Estado y el mercado en la fase de regulaciones y modulaciones neoliberales globales con las reformas sectoriales. Por otro lado, parece que esas funciones estarían interpretando que la vida y la salud solo son posibles a través de un control funcional del Estado en un momento de inmensa debilidad de este. La iniciativa de las FESP fue impulsada a partir de la década de 1980 por el Instituto de Medicina (actual Academia Nacional de Medicina) de Estados Unidos de América (55). A partir de esto, en 2002 la OPS presentó la primera versión conceptual y metodológica de las FESP en la publicación de *La salud pública en las Américas* (56).

Todo este proceso de anclaje de modelos bajo la de teorización del desarrollo no es tan solo enunciativo, sino que por décadas determinó el diseño de la agenda de salud global y regional sobre las teorías y políticas en sistemas de salud, teniendo una multiplicidad de expresiones como de determinaciones internacionales en salud en nuestras políticas públicas nacionales, en los flujos de transferencia técnico-científica del Norte al Sur, en la formación sanitaria de los profesionales, gestores de gobierno y diplomacias en el Sur global como también en el plexo de acuerdos globales desde la Declaración sobre el Progreso Social y el Desarrollo (ONU, 1969), Alma Ata-Atención Primaria de Salud (OMS, 1978), pasando por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000), la Cobertura Universal de Salud (CUS, 2013), Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), Conferencia Global de APS-Declaración de Astana



(2018), entre otros. Estos enfoques preeminentes del Norte global revelan un supuesto poco interés en la formulación de marcos teóricos y sus bases epistémicas contextualizadas y situadas en el Sur, sin embargo, están situados exclusivamente en un pensamiento sanitario moderno empírico, funcionalista, resolutivo y normativo a aprender y reproducir (2).

Así, ninguna de las reformas aditivas de arreglos institucionales sobre los sistemas de salud resolvió la cuestión de las inequidades sociosanitarias entrelazadas e imbricadas por clase social, étnico-raciales y de género (57), ni respondió integralmente a las determinaciones de la salud humana y colectiva pensadas para y desde la región latinoamericana caribeña (58). Sin embargo, increíblemente, estas agendas de teorías y políticas se continúan renovando, reemplazando sucesivamente unas a otras en una larga coartada del engaño (16).

En síntesis, en este texto se parte de una necesidad regional de trascender cognitivamente, o sea, categorialmente, las fundamentaciones que implantaron la racionalidad ontológico-moderno-occidental con un proceso de articulación hegemónica epistémica sobre los sistemas sanitarios del Estado moderno en Latinoamérica y el Caribe (1), en el Abya Yala.

Para la discusión: ¿qué significa descolonizar teorías y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe?

Como se describe y caracteriza en la primera parte del manuscrito, solo con mala fe podría negarse que, al realizar una breve revisión de las bases epistémicas, teóricas y políticas de los sistemas de salud implantados en el Sur global, quedan expuestas las implicancias clave de cómo nuestro conocimiento aún tiene bases coloniales que no permite e impide reconocer nuestra dependencia epistémica, en este caso, sobre las teorías y políticas de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe.

Pensar entonces los sistemas de salud en el siglo XXI para Latinoamérica y el Caribe requiere en gran medida el desafío de trascender las lógicas de un tipo de pensamiento, sus teorías, metodologías y políticas eurocéntricas y de doctrina panamericana sanitaria (2,3). En estos marcos categoriales se ocultan la dependencia y la colonialidad proveniente de largos periodos de imitación basados en mirar el horizonte de reformas según los lentes epistémicos del Norte global. Ahora bien, ¿cómo romper esta jaula de hierro de una racionalidad administrativa eurocéntrica panamericana sobre los sistemas de salud implantados en el Sur global? ¿Cómo enfrentar la sujeción a estas dependencias político-sanitarias de ciertas teorías y políticas del Norte global y sus entramados de actores?

Los fundamentos teóricos en la necesidad de hacer tangible la descolonización de las teorías y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe (25) parten de cambios en la cosmovisión sobre los sistemas de conocimientos y saberes, en los abordajes metodológicos e indisciplina la producción de conocimiento sanitario en el Sur global (2).

Toda nueva aproximación epistémico-teórica parte de una experiencia histórica, así los marcos de comprensión que traen los estudios críticos en sistemas de salud buscan confrontar la repetición de modelos y modelajes de la modernidad occidental. A su vez permiten abrir una práctica de reinención de la formación político-sanitaria para reaprender y crear otras respuestas a los problemas epidemiológicos y sociosanitarios en las territorialidades del Sur. Estos fundamentos se presentan en tres movimientos o flujos de geopolítica del saber (3).

El *primer movimiento* frente a los resultados acumulados en importación de teorías y políticas sobre los sistemas de salud latinoamericanos caribeños por colonialidad (reproducción) y/o por folklorismo nacional (adaptación) se propone abrir un giro decolonial (59), es decir, dar cuenta de un cambio de coordenadas de cómo pensar-hacer políticas sanitarias desde el Sur. Dar significado a la actualización del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur situado en el siglo XXI (2) que se inspira simultáneamente en la crisis del pensamiento moderno colonial salubrista médico-social y del proyecto de civilización del centro global (eurocentrismo/panamericanismo). Lo decolonial —y la decolonialidad— no son planteamientos nuevos ni tampoco categorías teórico-abstractas, desde la colonización y esclavización son ejes de lucha de los pueblos sujetos a la modernidad colonial, a la racialización, a la inferiorización y a la deshumanización. Aunque también se configuró hoy en un eslogan posmoderno o simple agregado desde corrientes eurocéntricas salubristas médico-sociales que proponen lo mismo de siempre, pero adicionan “decolonial”.

Este giro decolonial busca dejar atrás la categoría de “*reforma*” como concepto estructurante para afrontar los desafíos en los sistemas de salud en el siglo XXI. Momento de abandonar la palabra *reforma*. Como concepto colonizado, funcionalizado, desgastado, obsoleto, pero especialmente instrumentalizado por una agenda de colonialidad teórica y una práctica de política pública de sumatoria de arreglos y más arreglos acumulados en ciclos de reformas.

Giro decolonial entonces no es un enunciado, sino una operación práctica y metodológica de producción de una matriz de estudios y pensamiento crítico latinoamericano sobre sistemas de salud para el siglo XXI (2). Requiere justamente reelaborar puntos de partida desde donde afrontar las deudas epidemiológicas, sociales y sanitarias de los sistemas de salud en el Sur.

Un *segundo movimiento* clave para la descolonización es el ejercicio de introducir una alternativa epistémica como los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud. Estos configuran una dislocación, un nuevo marco epistemológico en tanto nuevo conocimiento sobre pensar y hacer teorías y políticas sobre sistemas de salud situados en el Sur (3).

Los estudios críticos en sistemas de salud parten del malestar, del inconformismo, de la autocritica y revisión de los procesos precedentes en el campo de la teoría(s) crítica(s) latinoamericana caribeña en sistemas de salud (1). El significado de (re)imaginar marcos de comprensión implica afrontar diversas resistencias a lo nuevo.

Conocer desde el Sur, para refundar los sistemas de salud del Sur global es un pensar y actuar como sujeto epistemológico con orientación geopolítica y prácticas de estudios críticos sistemáticos, en profundidad, conectando y nutriéndose del pensamiento crítico latinoamericano caribeño que pensó y transita nuestros problemas en los contextos del Sur, de la transdisciplina como de las epistemologías del Abya Yala.

Conocer desde el Sur significa asumir una posicionalidad del Sur geopolítico —proyección de las relaciones de poder geoespaciales—, donde el Norte y el Sur no son simplemente ubicaciones geográficas físicas, sino flujos espaciales de relaciones de poder, de saber, de conocimiento y de humanidad, deconstruyendo la naturalización e inferiorización cognitiva ante las jerarquías de los órdenes coloniales en el saber y conocer aún vigentes en la región.

Conocer desde el Sur, significa comprender en toda su complejidad, multidimensionalidad y escalas espaciales nuestras especificidades epidemiológicas, socioambientales, demográficas, interculturales e implicancias geopolíticas de una política sanitaria para producir un conocimiento situado sobre sistemas de salud desde el Sur (2) para el siglo XXI.

Conocer desde el Sur significa revisión permanente, caracterización operativa y cartografías estratégicas sobre la especificidad de las huellas coloniales y eurocéntricas en los Estados, como determinantes fundamentales de la propia institucionalidad y organicidad de los sistemas de salud pública. Según Walsh (60) es fundamental interculturalizar, plurinacionalizar y descolonizar las estructuras, concepciones, prácticas e instituciones públicas. Traer pensamiento complejo, decolonial y las filosofías del Sur para promover una estrategia de soberanía sanitaria sobre las teorías y arquitecturas de los sistemas de salud (2).

Entonces, refundación se configura e introduce en la articulación de un proceso estratégico con múltiples trayectorias simultáneas posibles: desde lo teórico, en lo técnico-político, en las prácticas, luchas y los sistemas de conocimientos y saberes nacidos de los territorios y comunidades del Abya Yala, o incluso en las ventanas temporales de oportunidad de la propia acción política de la gestión y gobierno de los sistemas de salud pública.

Más que asumir un enunciado totalizante con un resultado final empaquetado, de receta única, o de arreglos instrumentales e institucionales dependiente de una gestión gubernamental, los estudios críticos buscan aportar un nuevo saber teórico-metodológico de articulación de procesos estratégicos de afrontamiento de transiciones y nuevos marcos categoriales hacia la refundación de sistemas de salud. Horizontes para reconstruir la esperanza: estudios críticos y trabajo sistemático para recuperar una *praxis* de liberación.

En esta discusión, es importante destacar que aún hoy están muy vigentes tesis que continúan girando en *retrotopía* (la nostalgia de volver al pasado) (35) o de actualización de las reformas regresivas (retrocesos) por mercantilización y desposesión que permean continuamente la academia, la gestión y gobierno, las diplomacias sanitarias y las instituciones de salud (25).

Son postulados teóricos eurocéntricos, desarrollistas, panamericanos, con moléculas aceleradas (neo)liberales actuales que se anidan en diversas corrientes de salud pública, medicina social y/o de salud colectiva brasileña que continúan planteando en el siglo XXI:

- Abrir procesos de reforma de las últimas reformas neoliberales impulsando correcciones o arreglos institucionales en rectoría, integración o cadenas de mando.
- Volver a un pasado idealizado, apostando a instaurar como mito un Estado de Bienestar eurocentrado en los contextos de Estados de Latinoamérica y el Caribe.
- Mantener la estrategia de ampliación de coberturas por diferentes mecanismos.
- Narrativas de una estrategia de APS totalizante y mitológica como centro de reforma.
- Participación comunitaria para ampliar coberturas a bajo costo y como bala mágica.
- Incorporar instrumentalmente en lógica aditiva el género, el territorio, lo intercultural.
- Sistemas Únicos de Salud para universalizar atención biomédica-sanitaria, gratuidad en el punto de atención, redes integradas entre establecimientos-población y utilizando como modelajes el National Health Service inglés o el modelaje de Canadá.
- Reinstalar el retorno a una seguridad social a la europea idealizada en Latinoamérica.
- Administrar lo establecido, lo instituido.

Listar brevemente estos postulados actuales de diversas corrientes sanitarias de Latinoamérica y el Caribe busca activar también alertas frente a prácticas extractivistas epistémicas y/o políticas que actualmente incorporan el giro decolonial de la salud desde el Sur (2) o los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud (1, 25) simplemente como consignas líquidas con un evidente vaciamiento de sus contenidos pedagógicos.

Flujos de transformación y transiciones posibles hacia la refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI

En esta última parte del manuscrito, se busca identificar las bases de producción de conocimientos sobre los que se desarrollan actualmente los estudios críticos en sistemas de salud partiendo de proponer cuatro rupturas, que en la práctica también crean nuevos procesos de *saber-hacer* sobre sistemas de salud en el Sur global:



- Epistémica; en producción de conocimiento situado y la reinención de la educación político-sanitaria.
- Geopolítica; implica cambiar las coordenadas de la geopolítica del conocimiento sanitario que se arrastran en la academia, en el gobierno y en las sociedades. Estudiar en el centro global y los estudios críticos desde las periferias, es relacional.
- De nuevos sistemas y marcos categoriales.
- De acción y ética política sanitaria.

Sobre lo epistémico y los nuevos marcos categoriales, aportes sustanciales como los Juan Samaja (61) plantean que una buena teoría (válida, comprensiva, efectiva, pertinente, consistente, rigurosa) debe implicar necesariamente claridad y precisión terminológica. Es decir, el marco categorial que promueven los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud implica ciertas precisiones teóricas y aproximaciones en su valor de uso.

Aquí entonces se introduce el *tercer movimiento clave* de los estudios críticos para la refundación de sistemas de salud basada en proponer un “repensar categorial”. La intención epistémico-teórica no se limita a copiar categorías o conceptos, o recuperar o disputar, sino que intenta una incorporación problematizadora de un nuevo corpus categorial.

Como explica Juan José Bautista Segales (62), 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 (62). En última instancia, no es tanto construir nuevos conceptos y nuevas categorías de estudio y trabajo, 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 desde el pensamiento crítico latinoamericano de la salud desde el Sur (2).

Por supuesto que, en plena construcción y discusión, el actual marco categorial (25) que como opción y necesidad epistémico-política para la descolonización de teorías y políticas proponen los estudios críticos en sistemas de salud se desarrollan sobre los siguientes fundamentos:

- Pensamiento crítico en salud desde el sur y estrategia de soberanía sanitaria.
- Sistemas universales e interculturales de salud (SUIS) como estrategia para afrontar las determinaciones y múltiples opresiones sobre la salud humana y colectiva.
- La estrategia de cuidado integral e intercultural de la salud y vivir bien.

- Los sistemas-redes: nuevas cartografías territoriales de los sistemas sanitarios.
- Nuevas arquitecturas organizacionales sanitarias para la universalización de bienes públicos, colectivos e integrales.
- Economía política para el cuidado integral de la salud y la vida.
- Nuevos andamiajes jurídico-legales que remuevan los cimientos de la colonialidad normativa de los ciclos de reformas.
- Democratización del Gobierno y gestión de los sistemas de salud.
- Monitoreo epidemiológico de determinaciones e interseccionalidades en salud.

Apropiarse de una nueva epistemología, de un nuevo lenguaje, pero especialmente de un nuevo marco categorial (conceptual y de categorías de estudio y trabajo) para el pensamiento y la acción político-sanitaria requiere articular procesos transicionales en lo teórico, metodológico, técnico-político, en lo territorial comunitario popular y en asumir la complementariedad con otros sistemas de conocimientos y saberes como las epistemologías del vivir bien/buen vivir de las naciones indígenas en el Abya Yala (63), así como las aportaciones de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios (64, 65) al campo de los sistemas de salud.

Este marco categorial —en plena producción— son los fundamentos de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud que buscan transformarse en una alternativa epistémica, pedagógica y de política sanitaria para el Sur, y en especial del Abya Yala.

Estudiar pormenorizadamente el marco categorial por flujos epistémicos para la refundación de los sistemas de salud cuenta con un primer eslabón crítico de imprescindible revisión: la teorización sobre el universalismo.

Los modelajes eurocéntricos de seguridad social universal o los enunciados sobre sistemas universales o únicos de salud donde lo universal fue codificado en el siglo XX y situado geoculturalmente en el sistema mundo (66) centrado en Europa y el Norte global, se han repetido acríticamente sin lograr a veces desarmarse, desmontarse como dispositivos conceptuales y metodológicos en la formación así como en las prácticas del salubrismo regional.

Como se describe en varios estudios (1), este *universalismo eurocéntrico* sentó sus bases partiendo de una concepción de “buscar transformar al mundo” desde la *epistemología del punto cero* dirá Castro Gómez (67), es decir, expresando el mito universalista de un conocimiento

singular producido bajo unas coordenadas claras para unas sociedades particulares, pero que se autopercibe y presenta como único, universal y totalizante.

El universalismo eurocéntrico en sistemas de salud justamente universalizó la necesidad de reparación fisiopatológica del daño social a la fuerza del trabajo (sociedad moderna) en los tránsitos del colonialismo de mercado al capitalismo industrial de mercado en esos países y sociedades modernas del Norte global, con la distribución universal y vertical de atención (bio)médica y la reproducción de un orden socialoliberal evitando conflictos inherentes al capitalismo ante los peligros que significaba el socialismo real en el siglo XX. Este universalismo eurocentrado y anglosajón, a través de sus modelos de sistemas de salud y seguridad social que tanto citan las corrientes médico-sociales europeas y latinoamericanas, nunca pensó ni desarrolló respuestas efectivas y situadas a la cuestión social racial-colonial y a las deudas sanitarias en las territorialidades, interculturalidades y demografías de las periferias del centro global (2). Nunca fue de su interés, ni la preocupación ni de la *expertise* de las epistemologías eurocéntricas de salud. Aunque se presente lo contrario.

Estas teorizaciones sobre el universalismo como lo explica Ramón Grosfoguel (68), fueron respuestas producidas al calor de problemas contemporáneos de las sociedades occidentales de cuatro o cinco países que representan no más del 10 % de la humanidad, que se nos presentaron y aplican al resto del mundo como si fueran fórmulas universales. Justamente esta comprensión es la que aún prima sobre los sistemas universales de atención médica. Se nos presenta un conocimiento universal sobre los sistemas de salud y protección social que fue y es producido sólo para las particularidades del centro global y validado por sus órganos de regulación del conocimiento (2).

Es por esto por lo que la breve revisión realizada introduce una comprensión diferente en la reconfiguración de los sistemas universales de salud para el siglo XXI evitando la simplificación de un dispositivo de perspectiva (bio)médica occidental o médico-social que se ancla en universalizar biomedicina y salud pública vertical de control poblacional, de “erradicar”, “eliminar”, “vigilar”, “combatir” enfermedades en poblaciones, familias y personas (2). Estos saberes y técnicas del universalismo eurocentrado generaron profundas cegueras a generaciones de salubristas latinoamericanos y caribeños para pensar y construir alternativas de estudios críticos y prácticas en sistemas de salud del Sur para el siglo XXI.

Una nueva *universalidad* desde y para el Sur no se presume a sí misma como la verdad única o como la lógica totalizante, sino intercultural, territorial y democrática (1). Es decir, las estrategias de respuestas universales poblacionales deben necesariamente ser interculturales y territoriales frente a los problemas socioculturales de salud de Latinoamérica y el Caribe.

Por eso actualmente desde esta revisión crítica, surge la conceptualización de la categoría sistemas universales e interculturales de salud (SUIS) (25) para el siglo XXI. Implica la construcción de un *nuevo saber-hacer* que trate a las determinaciones de la salud y la vida (61) como fundante de las bases de una estrategia universal intercultural y decolonial en el Sur.

Para Latinoamérica y el Caribe este nuevo saber-hacer en producir SUIIS para el siglo XXI implica un marco de comprensión como teoría y también como estrategia: la organización de sistemas universales e interculturales de salud más que un resultado u objetivo final, son una estrategia de afrontamiento a las determinaciones e inequidades sanitarias interseccionadas por clase social, etnia-raza y género que se anidan y reproducen en los territorios de la vida: el barrio, la comunidad, los espacios sociales de la vida, los procesos de trabajo, la vida digital-virtual, entre otros. Repensar los SUIIS como estrategia también desde una arquitectura geocultural y geosituada desde y en el Sur (3).

Parece fácil describirlo, pero resulta de una gran complejidad la tecnología de gobierno de saber hacer SUIIS. Por eso los estudios críticos en sistemas de salud tienen como desafío construir esos contenidos pedagógicos y teorías contextuales político sanitaria desde y para el Sur.

Este desafío de producir nuevas tecnologías de gobierno para SUIIS, parte también de una pedagogía de aprendizajes. Cuando se revisan las experiencias históricas de las últimas décadas del desarrollismo médico social europeo latinoamericano (2), se encuentran grandes fracasos en la gestión y refundación de los sistemas sanitarios. Bajo estas derrotas, pareciera que sólo las tecnocracias de los bancos (BM, BID) y del panamericanismo OPS-OMS pueden intervenir y saben qué hacer con los sistemas de salud en el Sur global.

Otra categoría clave es la revisión de los planteamientos sobre la arquitectura institucional y organizacional vigente de los sistemas de salud: hospitales, centros de salud, unidades sanitarias o programas verticales. Efectivamente abrir transiciones de arquitecturas territorialidades de multiescalaridad en sistemas-red implica articular todos los aportes de la geografía crítica, de la cartografía social y de la cosmovisión de la naturaleza en el Abya Yala para crear otras *espacialidades* de salud. La expansión *molecular* de una nueva institucionalidad y territorialidad poniendo en el centro *el territorio* (69, 70) donde se desarrolla la vida y se producen socioculturalmente las comunidades de vida, los modos y estilos de vida colectivos como las formas de vivir, trabajar, enfermar o morir, redimensionan las morfologías requeridas y posibles que adquieran los sistemas de salud en su forma espacial, territorial, virtual-digital y contextual para responder integralmente a la determinaciones e intersecciones críticas de la salud y vida (71,72). Sin recetas enlatadas ni los repetidos modelajes panamericanos que aún comercializan esas diplomacias sanitarias como las redes integradas llamadas RIIS (73).

Por último, también el estudio del mito universalista de la atención primaria de la salud (APS) (74) como teoría, como estrategia, como geopolítica implantada para el Sur global abre grandes preguntas, que es necesario responder y discutir: ¿Cómo fue el rol previo y post Alma-Ata y cuáles fueron los fundamentos de los organismos internacionales y agendas del centro global en la implantación de la APS como estrategia para el Sur global? ¿Cómo la APS se instrumentalizó a través de programas, políticas y tesis global a lo nacional y lo local? ¿Por qué la APS quedó

enunciada como una pastilla mágica en los modelajes de los sistemas de salud pública en nuestra región en el siglo XX y XXI?

Sin duda, abrir transiciones teóricas y técnico-política de la APS hacia el cuidado integral e intercultural de la salud (CIIS) y vivir bien parte por desplazar mitos y densificar una nueva categoría de los estudios críticos en sistemas de salud como el CIIS (25).

A modo de cierre, es válido reconocer que este manuscrito es solo una breve introducción en el desarrollo actual de los estudios críticos para la refundación de sistemas de salud en el Sur. Aunque siempre aparece el mismo interrogante del punto de partida ¿Por dónde comenzar? La región tiene una compleja historia anticolonial y tejidos de aprendizajes desde donde pensar y producir estudios críticos para la refundación de sus sistemas de salud en el siglo XXI.

La revisión de la experiencia actual de la transición del Sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia nuclea nuevos aprendizajes para las teorías, políticas y prácticas sobre los sistemas sanitarios en el Sur global. En otro contexto histórico los tránsitos de la revolución de Cuba y el caso de Costa Rica, o los intentos y experiencias en Argentina, Chile y Brasil en el siglo XX también dejan aprendizajes, trayectorias, capacidades, como profundos límites y errores. Resulta necesario volver a estudiar de forma comparada y crítica, a recuperar dudas, interrogantes y complejización, en suma, a indisciplinar el conocimiento sanitario.

En definitiva, el esfuerzo de construir estrategias y tránsitos hacia sistemas universales e interculturales de salud en el siglo XXI que pongan toda la reflexión y acción en dinámicas de transformación pasa por comprender primero los cambios en las unidades de análisis y escalas de observación, en las multiescalas de actuación, monitoreo y territorialización como en flujos de pensamiento estratégico en los procesos de refundación de sistemas de salud.

Por supuesto que el abandono de la reproducción de modelos y modelajes de sistemas de atención médica y protección social clásicos, más segmentados o universales, pero asistenciales reparatorios basados en supuestos de sociedades homogéneas de pleno empleo con clasificaciones estandarizadas de los procesos de enfermar-morir, puede generar incertidumbre, incluso discusión, resistencia o rechazo en el Norte global como en el Sur.

En general para un lector/a académico o gestor/a formado en salud pública, los estudios críticos para la refundación de sistemas de salud implican someterse a una invitación a revisar, a discutir, a actualizar, a reaprender, a reconfigurar nuevos puntos de partida.

Los estudios críticos en sistemas de salud parten de teorías y epistemologías que sean más rigurosas, situadas y complejas, pero especialmente más efectivas para responder a nuestros contextos de sistemas de salud en el Sur (2). Nutriéndose del pensamiento crítico del Sur global que pensó los *problemas* que transitan, viven y padecen nuestras comunidades y sociedades. Al mismo tiempo, preguntarse si las teorías eurocéntricas y panamericanas responden a nuestros contextos, realidades y situaciones de salud humana y colectiva.

Transitar hacia la democratización del saber (4), descolonizando teorías y políticas, colabora en repensar y resignificar los estudios críticos en sistemas de salud desde los territorios latinoamericanos caribeños. Simultáneamente este proceso puede adquirir una corporalidad expansiva de sistemas universales e interculturales comprendidos como redes de respuestas integrales a perfiles epidemiológicos polarizados, racializados y deshumanizados en el Sur.

En definitiva, en el marco de la estrategia de soberanía sanitaria regional que busca responder a las necesidades, problemas y prioridades de la salud desde el Sur (2), los estudios críticos en Sistemas de Salud significan entonces potenciar las capacidades de autonomía relativa, de dislocar las dependencias internas y por momentos construir una desconexión de las agendas globales y regionales de colonialidad (4) sobre los sistemas de salud en el Sur global.

Perder el miedo de ser nosotras y nosotros mismos (75). Como dirá Guaman Puma (75), hay que abrir un tránsito que nos lleva a las raíces de nuestros conocimientos y existencia.

Referencias

1. Basile G, Hernández Reyes A. Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: descolonizar las teorías y políticas. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2021.
2. Basile G. Desafíos y actualidad del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur, hoy. En: México en el pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur. Ciudad de México: CENADEH-CNDH, GT Salud Internacional CLACSO; 2024.
3. Basile G. La salud internacional Sur Sur: giro decolonial y epistemológico. En: Dossiers de Salud Internacional Sur Sur. Buenos Aires: Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Biblioteca CLACSO; 2018.
4. Quijano A. Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositivo*. 1999;24(51):137-48.
5. Taylor, Frederick Winslow. The principles of scientific management. Publisher: New York, London, Harper & brothers, 1919.
6. Fayol H. La doctrine administrative dans l'État. *Int Rev Adm Sci*. 1966;32(2):114-33.
7. Porter M, Kramer M. Estrategia y sociedad. *Harv Bus Rev*. 2006;84(12):42-56.
8. O'Donnell G. Apuntes para una teoría del Estado. *Rev Mex Sociol*. 1978;40(4):1157-99.
9. Weber M. *Wirtschaft und Gesellschaft*. Berlín-Köln; 1974.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>



11. Banco Mundial (BM). Sector Salud. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview>
12. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Salud-Marco Sectorial. Disponible en; <https://www.iadb.org/es/sectores/salud/marco-sectorial>
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sistemas y Servicios de Salud. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>
14. Franco S. Salud para la paz y paz para la salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2015;14(29):5-8.
15. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Proyecto de Ley. Bogotá: MSPS; 2023. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf>
16. Basile G. La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Los Libros de la Catarata, Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación; 2020.
17. Granda, Edmundo. "A qué llamamos salud colectiva, hoy." *Revista cubana de salud pública* 30.2 (2004): 0-0.
18. Leavell HR, Clark EG. Textbook of preventive medicine. McGraw-Hill Book Company, 1953.
19. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.
20. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. EUR/ICP/RPD 414.7734r. Copenhagen: WHO; 1990.
21. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
22. Basile G, Rivera Díaz M. Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación. Buenos Aires, Santo Domingo: CLACSO, FLACSO República Dominicana; 2022.
23. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate*. Publicación Científica y Técnica. 1992;(540): Washington, D.C.
24. Polanyi K. The Great Transformation. Madrid: Ediciones de La Piqueta, Ediciones Endymion; 1989.
25. Basile G, Istúriz OF. Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2022;40(2):p. 2
26. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington, D.C.: IDB Working Paper No. 353; 1997.
27. Basile G. Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*. 2020;(73):.
28. Perrin G. El Plan Beveridge: Los principios principales. *Rev Int Segur Soc*. 1992;45(1-2):39-52.

29. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual.: Banco Mundial; Washington, 2000.
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud Universal. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/salud-universal>
31. Filgueira F. Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. Reforma Estado Cambio Inst Brasil. 1999:123-58.
32. Fleury S, Molina C. Modelos de protección social. Banco Interamericano de Desarrollo, INDES. Washington, D.C.: INDES; 2002.
33. Mesa-Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Cepal, 2005.
34. Brown W. El pueblo sin atributos: la secreta revolución del neoliberalismo. Barcelona: Malpaso Ediciones SL; 2017.
35. Bauman Z. Modernidad líquida. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
36. Brouchoud MF. Las reformas del Estado y la administración pública en América Latina y los intentos de aplicación del New Public Management. Estud Polít. 2009;(34):115-41.
37. Bresser-Pereira L. Crise econômica e reforma do Estado no Brasil. São Paulo: Editora 34; 1996.
38. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad Saude Publica. 2000;16(1):95-105.
39. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saude Publica. 2002;18(4):905-25.
40. Knaul F, et al. Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. Salud Publica Mex. 2005;47(6):430-9.
41. Banco Mundial (BM). Invertir en salud. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993.
42. Morduch J. Pobreza y vulnerabilidad. Am Econ Rev. 1994;84(2):221-25.
43. Banco Mundial (BM). Prioridades en el sector salud: de América Latina. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2011. <http://wbi.worldbank.org/wbi/stories/prioridades-en-el-sector-salud-la-historia-de-america-latina>
44. Scuro L, Alemany C, Coello R, Cremades R, coordinadores. El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: aportes para una recuperación sostenible con igualdad de género. Santiago: CEPAL, ONU Mujeres; 2022.
45. Banco Mundial (BM). Protección social. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2023. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/topic/socialprotection/overview>
46. Lugones M. Colonialidad y género. En: Espinosa Y, Gómez S, Ochoa M, editoras. Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala. Popayán: Editorial Universidad del Cauca; 2014. p. 57-73.

47. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ.* 2013;91:602-11.
48. Health Systems Global. Reunión de Beijing. Beijing: Health Systems Global; 2012. <https://healthsystemsglobal.org/thematic-groups/the-private-sector/>
49. Future Health Systems. Future health markets: a meeting statement from Bellagio. Bellagio: Future Health Systems; 2012. Disponible en: <http://www.futurehealthsystems.org/publications/future-health-markets-a-meeting-statement-from-bellagio.html>
50. Foro Económico Mundial. Sustainable health systems: visions, strategies, critical uncertainties and scenarios. Davos: Foro Económico Mundial; 2013. <https://es.weforum.org/reports/sustainable-health-systems-visions-strategies-critical-uncertainties-and-scenarios>
51. Naciones Unidas (ONU). Líderes mundiales aprueban declaración de salud para alcanzar la cobertura universal de salud. Nueva York: ONU; 2019. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2019/09/1462542>
52. Hall S. El triángulo funesto: raza, etnia, nación. Madrid: Traficantes de Sueños; 2019. p. 45-78.
53. Yu CP, Whynes DK, Sach TH. Equity in health care financing: the case of Malaysia. *Int J Equity Health.* 2008;7(1):1-14.
54. Márquez M. Formación del espíritu científico en salud pública. *Rev Cubana Salud Pública.* 2011;37:585-601.
55. Institute of Medicine (Estados Unidos). The future of public health. Washington, D.C.: National Academies Press; 1988.
56. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2002.
57. Breilh J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Rev Bras Epidemiol.* 1998;1:207-33.
58. 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.
59. Maldonado-Torres N. La descolonización y el giro des-colonial. *Tabula Rasa.* 2008;(9):61-72.
60. Walsh C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa.* 2008;(9):131-52.
61. Samaja J. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
62. Bautista Segales JJ. ¿Qué significa pensar desde América Latina? Madrid: Ediciones Akal; 2014.
63. Bautista R. Hacia una constitución del sentido significativo del "vivir bien". La Paz: Plural Editores; 2010.
64. Curiel O. Construyendo metodologías feministas desde o feminismo decolonial. En: *Descolonizar o feminismo.* São Paulo: Editorial Boitempo; 2019. p. 32-51.

65. Santos Madrigal O. Hacia los feminismos descoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud. En: Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano, N95. Buenos Aires: CLACSO; 2024.
66. Wallerstein IM. Geopolitics and geoculture. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
67. Castro-Gómez S. La Hybris del Punto Cero: biopolíticas imperiales y colonialidad del poder en la Nueva Granada (1750-1810). Bogotá: Instituto Pensar, Universidad Javeriana; 2003.
68. Antonio, J. C. S., & Grosfoguel, R. (2022). ¿Qué significa descolonizar las ciencias sociales? Entrevista a Ramón Grosfoguel. Utopía y praxis latinoamericana: revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social, 27(98), 20.
69. Santos M. La naturaleza del espacio: técnica y tiempo, razón y emoción. Barcelona: Ariel; 2000.
70. Santos M. Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Hucitec; 1990.
71. 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;31:13-27.
72. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Fem. 2016;52:1-17.
73. OPS-OMS. Redes integradas de servicios de salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>
74. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004;94(11):1864-74.
75. Kusch R. Geocultura del hombre americano. Buenos Aires: García Cambeiro; 1976.

Notas

* Artículo de investigación

- 1 Desde RAE entendemos en este texto *episteme* <https://dle.rae.es/episteme> como “Conjunto de conocimientos que condicionan las formas de entender e interpretar el mundo en determinadas épocas”. A su vez, epistemología se suele tomar como campo de estudio de las formas de producción de conocimiento. Tanto Ramón Grosfoguel como Aníbal Quijano sostienen que persiste una colonialidad de las formas de pensar y producir conocimiento(epistemología).
- 2 El *eurocentrismo* se considera como el sistema de creencias que asimila que Europa (y luego el Norte global) es el único lugar geográfico, existencial, de un orden superior, de la “civilización humana” a partir de donde se produce la ciencia, la humanidad, la cultura, la filosofía, el desarrollo, la salud, entre otros.
- 3 Entendemos por *panamericanismo* a la doctrina de política exterior de Estados Unidos que hegemonizó la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño desde fines del siglo XIX con el Servicio de Hospitales de la Marina norteamericana y durante todo el siglo XX a través de OPS. Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevan adelante bajo la concepción del supuesto de una comunidad de “las Américas” remite a esta doctrina con unidad de análisis de Estado-Nación, vigilancia de enfermedades y fronteras. Desde su nacimiento como marco referencial, el panamericanismo tiene origen en la salud como asunto colonial (control de enfermedades y relación con el comercio en las colonias) y sus transiciones epistémicas hacia la salud como asunto internacional y regional desde Washington.
- 4 Etimológicamente significa rastrear y exponer los orígenes de algo. En este texto se considera genealogía, según el jamaicano Stuart Halls, a la metodología de revisar materiales y procesos teórico-conceptuales históricos tomando en cuenta los conflictos, ideas y sus contextos en su construcción para lograr una “revalorización del valor” de los mismos y las implicancias de su reproducción que tienen en la actualidad.

