

## Las 7 Falacias de los seguros de salud: *un camino (in)seguro hacia el derecho a la salud en América Latina*

Por Gonzalo Basile \*

A partir del desarrollo de lo que algunos autores llaman los frentes anti-neoliberales<sup>1</sup> (*basados resumidamente en tres premisas 1-el combate a la pobreza extrema, 2- recuperación del rol del Estado, 3- Desfinancierización progresiva de la economía*) que con diversas características se construyeron a lo largo y ancho del continente latinoamericano durante la última década plasmándose en muchas gestiones de Gobierno regionales inclusive, una estratégica discusión aún continúa pendiente en nuestras sociedades y democracias: cuál es el tipo de Estado y democracias que necesitamos y las políticas públicas sociales acordes a ese diseño de la administración/gestión de la esfera pública. Este parecería ser "el momento" para su abordaje en pleno clima de desconstrucción y crisis del paradigma neoliberal.

Sin duda, poner en debate la forma de organización de una sociedad, su democracia y el tipo de Estado que es necesario, habla de la ciudadanía a la que uno accede y busca construir. Así, hablar de los "modelos de protección social" que asumen los Estados nos permitiría pensar este debate en clave de derechos. Los modelos de protección social podríamos definirlos en 3 tipos ideales según diversos autores<sup>2</sup>: de *asistencia social*, de *seguro social* y de *seguridad social universal*.

Si uno pensara aquel desarrollo incipiente del sistema nacional de salud con la consolidación de la red pública de servicios sanitarios de mayor cobertura y extensión territorial de América Latina que llevó adelante el primer peronismo (1946-1955) en Argentina bajo el impulso del Ministro de Salud Ramón Carrillo, debería caracterizarla como una ampliación de derechos de ciudadanía con un principio de universalidad acorde al clima de época que ya se venía plasmando en declaraciones internacionales como el Informe Dawson<sup>3</sup>, el Informe Beveridge<sup>4</sup>, el desarrollo posterior del *National Health Service* en Gran Bretaña, entre otros antecedentes. Pero este proceso histórico de universalización, resumen esquemático mediante, encontrará podríamos decir una "contra-reforma" regresiva al derecho a la salud universal en Argentina a fines de los años '60 en plena dictadura de Onganía<sup>5</sup> donde se termina de consolidar lo que conocemos hoy como el sistema de "seguro social" a través de la Ley 18.610, un pacto digamos entre Estado y organizaciones gremiales atando cobertura de protección social, previsión y salud al "empleo" formal en un modelo contributivo de aseguramiento, segmentando y estratificando la ciudadanía de la sociedad argentina de acuerdo a la inserción laboral y/o el ingreso.

Los sistemas de protección social fueron mecanismos institucionales de políticas/instituciones que más conocidos como Estados de Bienestar<sup>6</sup> se desarrollaron para el combate a la pobreza y la desigualdad en las sociedades de sistemas de acumulación capitalista industriales. Por una compleja trama histórica socio-económica y política, el proceso de constitución del Estado de Bienestar "incompleto"<sup>7</sup> en Argentina fue pensado para una sociedad totalmente diferente a la

---

<sup>1</sup> Castellanos, Pedro Luis. Reflexiones sobre el estado y la salud. La Paz, Bolivia, agosto 2011. [www.alames.org](http://www.alames.org)

<sup>2</sup> Fleury, Sonia. Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1997.

<sup>3</sup> Informe Dawson <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson-parte1.pdf>

<sup>4</sup> *Social Insurance and Allied Services* ("Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan"), 1942. (Informe Beveridge). [http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_07\\_05\\_beveridge.pdf](http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf)

<sup>5</sup> Belmartino Susana. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

<sup>6</sup> Fleury, Sonia. Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1997.

<sup>7</sup> Filgueira, Fernando. 1997. "Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada". Versión revisada y modificada del documento presentado en el marco del proyecto "Social Policy Citizenship in Central America", Social Science Research Council. Guadalajara, 1997.

actual con importación de parte de estos modelos europeos desconectados de nuestras realidades. Con características de industrialización nacional temprana y con la hipótesis del “*pleno empleo*” (masculino en su mayoría), ese país de hace más de 40 años se pensó en función que “*todos*” tendríamos “*empleo decente*” y vía el empleo se accedería a la protección social y salud (*Ej: asignación/salario familiar, jubilación, seguro de desempleo, salud vía Obra Social sindical, recreación-vacaciones, etc*)<sup>8</sup>. Esa vinculación *meritocrática* de necesariamente tener *empleo formal* para acceder a la protección social y salud se constituyó en lo que se conoce como modelo de seguro social donde los derechos son condicionados por la inserción laboral de la persona en la estructura productiva. Así este seguro social en Argentina en el campo de salud en realidad se transformó en un seguro de la enfermedad<sup>9</sup> (hoy con 330 Obras Sociales aprox.) de heterogénea cobertura y calidad que hoy en muchos casos quedó atrapado en la lógica mercantil privada del complejo industrial médico-farmacológico de alto costo basado en un enfoque biomédico asistencial-curativo basado en respuestas medicamentosas/tecnológicas alejado de cualquier concepción preventivista y promocional de la salud de los trabajadores. La “*salud*” pasó a ser un mercado de grandes negocios.

Por otro lado, para aquellos sectores sociales que eran minoritarios hace más de 40 o 50 años, que se mantenían en situación de pobreza estructural, desocupados o trabajadores informales (menos del 10% del total de la Población Económicamente Activa/PEA en aquel momento), se comenzó a instalar una estrategia de modelo de protección vía asistencia social (*que en el caso de salud consolidará el ideario de los Hospitales públicos de beneficencia o caridad*), con sus características compensatorias y focalizadas para aquellos que se mostraran incapaces de mantenerse y/o incorporarse en el mercado laboral formal. Una lógica de fragmentación de “*beneficiarios*” por programas, caritativa y que depende de alguna instancia tecno-burocrática o política que decida quién es beneficiario de qué y quién no, con prueba de medios (tener que probar que “uno es muy empobrecido”) y con algunas garantías explícitas (listado de beneficios puntuales).

Estos dispositivos de *asistencia social*<sup>10</sup> fueron la base para que los organismos internacionales como el Banco Mundial y el BID propiciaran en los ‘90 las políticas “*focales*” o “*asistencialismo focalizado*”<sup>11</sup>, operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse sólo a los focos de pobreza extrema y grupos vulnerables más profundos (focalización), quienes deberán demostrar su incapacidad como individuos y/o grupos para cubrir sus necesidades personales y las de su familia (prueba de medios) para lograr percibir el “*beneficio*”. Es la demostración del fracaso social como individuo/grupos social buscando paliar los daños colaterales de las reformas neoliberales de los ‘90. Esta modalidad claro no construye ni ciudadanía ni derechos sino poder discrecional del funcionario/administrador de turno del Estado y/o programa. Porque mientras un sector de la población ligado a la economía formal accede vía el empleo a la protección social integral, otra importante porción de la sociedad (*trabajadores informales, desocupados, empobrecidos, excluidos*) en el mejor de los escenarios sólo accede a otro tipo de protección social no desde los derechos sino desde la asistencia social del Estado en tanto personas beneficiarias de una caridad, de una ayuda, a decir un “*paliativo*”. Es como la famosa metáfora de la mesa que cuenta De Negri: *todos/as estamos invitados a la mesa pero no todos vamos a comer lo mismo. Unos comerán pan y agua, otros caviar y champagne ...* De eso se trata “la cobertura universal”, la segmentación y estratificación de nuestro modelo de protección social.

Así en nuestro país se llevó adelante la implementación de un modelo de protección dual en los últimos 40 años que se caracterizó por una segmentación de nuestra sociedad. *Por qué dual?* Digamos un edificio de 2 plantas: donde se construyó un modelo piramidal estratificado que en la cima quedaron aquellos sectores privilegiados por ser ABC1 (mayor poder adquisitivo) o bien tener empleo en relación de dependencia y en la base quedó la mayoría de la población cubierta por sistemas de protección social más pobres y para pobres (además de verse desbordados por los cambios en la realidades socioeconómicas y sociodemográficas). Porque una de las batallas culturales que hay que dar es que las políticas públicas y sociales no sean pensadas como políticas sólo para “*pobres*”. Un ejemplo de esto es lo que pasó en el campo de la “*salud pública*” que fue a partir de fines de los ‘60 fue instalada socioculturalmente como una cuestión social para *los empobrecidos*. En Argentina se termina de consolidar un sistema de seguridad social y salud donde prima la estratificación/segmentación social: un tipo de protección social y salud para pobres, otra salud para sectores medios formalizados y otra para ricos a través de su poder de pago de bolsillo en

<sup>8</sup> Ley de Contrato de Trabajo de Argentina N°20744. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=25552>

<sup>9</sup> Belmartino, Susana. Una década de Reforma en la Atención médica en Argentina. Revista SALUD COLECTIVA, La Plata, 1(2): 155-171, Mayo - Agosto, 2005.

<sup>10</sup> FLEURY Sonia y Molina Carlos Gerardo; “*Modelos de protección social*”.

<sup>11</sup> “*Asistencialismo focalizado vs. Ingresos básicos universales*”. Barbeito, A.; Lo Vuolo, R.; Pautassi, L. y Rodríguez Enriquez, C. Buenos Aires, Setiembre de 1998

lo que conocemos como seguros privados con cobertura privada (empresas de medicina privada). Es decir, nuestro sistema de seguridad social y salud en su propia constitución genera inequidades y desigualdades de hecho.

Llevémoslo a números: Argentina a pesar de los avances en los últimos años por diferentes razones (*trabajadores informales, desocupados, indigentes-excluidos*) tiene entre un 36,1%<sup>12</sup> al 40% de personas que no cuajan con el modelo de seguro social vía el empleo formal. En salud esto implica con respecto al sistema público de salud que donde en los años '70 asistían unos 2 millones de personas que estaban en situación de pobreza, hoy demanden respuestas entre 17 y 18 millones sin cobertura por seguro social y/o privado. O sea, no hay ecuación que cierre: a casi el mismo sistema de salud pública de hace 40 o 50 años en cuanto a oferta de servicios acuden hoy entre 15 a 16 millones de personas más. Consecuencias en el sistema de salud: *Sobredemanda y emergencia permanente, incapacidad de respuesta integral, priorización de la enfermedad con lógica del Hospital como centro de la atención, abandono de estrategias promocionales y preventivista en los territorios y las familias, deshumanización en el cuidado e inequidades en salud, con un desfinanciamiento crónico de inversión pública* de tan sólo el 1,9% del PBI actual. Un cóctel explosivo. Hoy del gasto total en salud en Argentina que es del 9,6% del PBI, unos 120.000 millones de pesos al año, sólo el 22% aporta el Estado en todas sus variables (Nación - Provincia - Municipios), el 38% es gasto de seguro social (Obras Sociales) y 40% de gasto privado y de bolsillo. Es decir, casi un 78% del gasto en salud en Argentina gira alrededor de la lógica del lucro del mercado, consolidando que para tener derecho a la salud debemos ser *cliente/consumidor pagador* como bien lo marca el ideario de nuestra constitución nacional en su artículo 42 incorporado en la reforma del '94.

Claro que a este mismo sistema público de salud fragilizado, desfinanciado, además progresivamente sufrió los embates de desmantelamiento de la década neoliberal: incorporación de la lógica privada en la esfera de lo público (Hospitales de autogestión, gerenciamientos/tercerizaciones/privatizaciones), desarrollo de autofinanciamiento a través de organismos sin fines de lucro no estatales como las cooperadoras, progresiva mixtura de fondos públicos transferidos a sector privado como prestadores (programa de cardiopatías congénitas, atención en discapacidad, otros), la descentralización de Salud (y Educación) de la Nación a las provincias y municipios que implicó de hecho una *desresponsabilización* del Estado nacional ya que se transfirieron los hoy casi 1600 hospitales y más de 6000 unidades sanitarias junto a los trabajadores de la salud pero no se traspasaron los fondos coparticipables necesarios, con lo cual en la práctica en Argentina se potenció aún más la fragmentación con digamos la consolidación de 24 sistemas de salud a partir de federalización de la salud como atribución de cada provincia. Así la inversión por habitante es 18 veces menos en la provincia de Formosa comparada con la Ciudad de Buenos Aires o la provincia de Santa Fe. En la mayoría de los casos el financiamiento público es insuficiente, pero se agravaron las brechas de inequidad en el tipo de cobertura, acceso y calidad de los servicios públicos de una provincia a la otra, de un municipio al otro, de un barrio al otro.

Es decir, el fenomenal proceso de crecimiento económico del 2003 al 2011 con la importante generación de más de 5 millones de puestos de trabajo formales resulta ejemplar para poner en discusión la hipótesis del "*empleo*" como único mecanismo de protección social. Si en 7 años creciendo a tasas del 8% anual del PBI este modelo económico y productivo creó 5 millones de empleos, podríamos decir que los millones que quedaron afuera del trabajo formal deberán esperar unos 10 a 15 años para que alguien de su red vincular tenga trabajo decente y de allí acceder a la protección social y salud integral. Sin asumir que por diversos entramados hay muchos de estos millones que por quedar sin formación/capacitación, o que el propio modelo de acumulación requiere el trabajo precario para sostén de su tasa de ganancia, entre otras causas, es muy difícil que el mercado laboral y modelo productivo actual los incorpore en algún momento inmediato en la "formalidad" ideal. Siempre y cuando además claro no entremos en crisis económicas que generen caídas del empleo formal y baja de cobertura. Porque nuestro sistema de protección social y salud es *pro-cíclico*: Cuando hay crisis, cae el empleo formal y cae la cobertura en salud y protección social que la termina asumiendo el mismo Estado que fue diseñado hace más de 50 años para otra matriz socio-demográfica y socio-económica. De ahí que en los últimos 30 años cada nueva crisis determinó un salto en la demanda de protección social y salud al Estado. En definitiva, la concepción de *inclusión social* mediante el acceso al *empleo formal* resulta estratégica, válida y loable, pero injusta e insuficiente para dar respuestas a las necesidades colectivas de una sociedad excluyente y segmentada producto de las reformas neoliberales de los '90 donde entre empobrecidos, indigentes y excluidos son millones los que aún no tienen acceso universal e integral a los derechos sociales, económicos y culturales esenciales entre ellos la salud colectiva de calidad.

---

<sup>12</sup> INDEC-Censo Nacional 2010. Población con cobertura de salud. En porcentaje. Años 2001-2010. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)

## **Por qué el Aseguramiento en América Latina?: las 7 Falacias de las reformas regresivas**

Pensando este proceso por etapas, podríamos decir que en un primer momento las reformas implicaron las radicales transformaciones producidas por lo que comúnmente caracterizamos como neoliberalismo<sup>(13)</sup> sustentado en los pilares de las consignas del fin de la historia<sup>(14)</sup> y profecías del Consenso de Washington<sup>(15)</sup> que muchos de los Gobiernos<sup>(16)</sup> y países en América Latina y el Caribe acompañaron sacramente durante la década de los '90 (con la oficiosa intervención de los organismos multilaterales como el FMI<sup>(17)</sup>, Banco Mundial<sup>(18)</sup> y el BID<sup>(19)</sup>), que no sólo tuvieron consecuencias directas sobre la financierización<sup>(20)</sup> de la economía, la mercantilización de la vida<sup>(21)</sup>, la destrucción de derechos y de la naturaleza<sup>(22)</sup>, la profundización de condiciones de vida malsanas e inequitativas<sup>(23)</sup>, la afectación a la soberanía económica y política entre otras dimensiones, sino que también trabajaron fervientemente en la construcción de agenda de reformas<sup>(24)</sup> de los sistemas de salud y seguridad social con un propio ideario y una especial particularidad a considerar.

Es que en la etapa histórica de desarrollo digamos del Estado Social o Estados de Bienestar "*residual*"<sup>(25)</sup> en Latinoamérica, no había estado justamente presente en la práctica esta cuestión: el rol crucial de un organismo financiero multilateral como el Banco Mundial instalándose como actor en el Sector Salud y sus reformas en ciernes.

En plena década de los '90, la hegemonía de profecías y religión<sup>(26)</sup> del ideario neoliberal<sup>(27)</sup> lograron instalar que el único proceso posible dentro de la esfera de lo público<sup>(28)</sup>, era la necesidad del ajuste fiscal<sup>(29)</sup> estructural y la contracción de los servicios públicos dando por terminada la etapa del Estado proveedor<sup>(30)</sup>. Así para América Latina y el Caribe los procesos de reforma en salud<sup>(31)</sup> no provinieron de la necesidad de disminuir el gasto social como ocurría en los Estados de

---

<sup>13</sup> Sader, Emir, and Pablo Gentili. "La trama del neoliberalismo." *Mercado, crisis y exclusión social* (1999).

<sup>14</sup> Fukuyama, Francis. *El fin de la historia y el último hombre*. Barcelona: Planeta, 1992.

<sup>15</sup> Lechini, G.: "La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur". Buenos Aires, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (2008).

<sup>16</sup> Duarte, Marisa. "El Consenso de Washington y su correlato en la Reforma del Estado en la Argentina: los efectos de la privatización." *Schorr, Martín et al. Más allá del pensamiento único. Hacia una renovación de las ideas económicas en América Latina y el Caribe* (2002).

<sup>17</sup> Girón, Alicia. "Fondo Monetario Internacional: de la estabilidad a la inestabilidad. El Consenso de Washington y las reformas estructurales en América Latina." *Lechini, G.: "La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur".* Buenos Aires, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (2008).

<sup>18</sup> World Bank - <http://www.worldbank.org/>

<sup>19</sup> Banco Interamericano de Desarrollo (BID) - <http://www.iadb.org/es/banco-interamericano-de-desarrollo,2837.html>

<sup>20</sup> Vilas, Carlos M. "Estado y mercado después de la crisis." *Revista Nueva Sociedad (Caracas)* (133) (1994): 118-135.

<sup>21</sup> Breilh Paz y Miño, Jaime y Ylonka Tilleria Muñoz. *Aceleración Global y Despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala. Año: 2009.

<sup>22</sup> del presidente de Bolivia, Discurso, and Evo Morales Ayma. "en ocasión de la Declaración del Día Internacional de la Madre Tierra en la Asamblea General de la ONU." *Nueva York* 22.

<sup>23</sup> Breilh, Jaime. *Epidemiología: economía política y salud*. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.

<sup>24</sup> Almeida, C. M. "Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud." *Cuadernos Médico-Sociales* 79 (2001): 27-58.

<sup>25</sup> Filgueira, Fernando. "Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada." *Reforma do Estado e mudanca institucional no Brasil* (1999): 123-158.

<sup>26</sup> Real Academia Española – "religión": <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=FnJDQ1XxpDXX2wJBbQyk>

<sup>27</sup> Williamson, John, "What Washington Means by Policy Reform," in *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* edited by J. Williamson (Washington: Institute for International Economics), 1990.

<sup>28</sup> Fleury, Sonia. *Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad*. - Escuela Brasileña de Administración Pública y Empresas - Ebape. Fundación Getúlio Vargas. 1999.

<sup>29</sup> Bustelo, Eduardo. "La producción del estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina." *A. Minujin (comp.), Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina, Buenos Aires, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Losada* (1992).

<sup>30</sup> Fleury, Sonia. *Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1997.

<sup>31</sup> Almeida, C. M. "Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud." *Cuadernos Médico-Sociales* 79 (2001): 27-58.

Bienestar europeos<sup>(32)</sup>, sino de la excesiva contracción impuesta por estos ajustes económicos y por el vertiginoso incremento de las desigualdades sociales como consecuencia directa e indirecta del Consenso de Washington<sup>(33)</sup>. Aunque ya lo venía haciendo desde etapas anteriores<sup>(34)</sup>, es en este clima y contexto de época a partir de la publicación del documento "Invertir en Salud"<sup>(35)</sup> del año 1993, que consideramos al Banco Mundial como actor social dentro del campo de la salud colectiva<sup>(36)</sup> especialmente construyendo agenda y modelo de reformas.

Esta primera etapa de la reforma la podríamos caracterizar resumidamente donde el enfoque dominante de la política de salud -en el marco de políticas sociales de ciudadanía restringida<sup>(37)</sup> de la época- fue el economicismo<sup>(38)</sup> de sus postulados y no el de satisfacer las necesidades de salud de la población. En un contexto restrictivo de las cuentas públicas y el financiamiento de los Estados, sumarse a la agenda de reformas en cada país fue también una forma de acceder a préstamos internacionales que permitirían financiar la aguda crisis de los servicios públicos y de la seguridad social en los países latinoamericanos. De hecho Salud fue uno de los sectores donde más prestamos hizo el Banco Mundial con por ejemplo US\$16.800 millones efectuados en 1999<sup>(39)</sup>.

Básicamente esta primera etapa de reforma sectorial, promovida con soporte de préstamos internacionales, sirvió de base para la elaboración de marcos jurídicos (leyes, decretos, resoluciones ministeriales, reformas constitucionales), que facilitaron la instalación discursiva en el plano simbólico<sup>(40)</sup> y como política en las sociedades latinoamericanas a partir de la crisis del Estado de Bienestar. Estos procesos profundizaron la mercantilización de determinantes sociales para la salud tales como el agua, los servicios de salud o la electricidad mientras la capacidad de control y de regulación del sector público iba disminuyendo<sup>(41)</sup>. Esos contenidos y fundamentos se transformaron al sentido común en torno a la concepción del proceso salud/enfermedad/atención<sup>(42)</sup>. La salud dejó de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado era responsable<sup>(43)</sup>, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Esto produce un cambio de sentido fundamental, ya que la salud deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado de mercado<sup>(44)</sup> <sup>(45)</sup>. Los sujetos transitaban un camino de ser "ciudadanos" pasando a ser consumidores, clientes, usuarios<sup>(46)</sup>.

Esta reforma sectorial es hija de "Invertir en Salud"<sup>(47)</sup> del Banco Mundial pero se inscribe como consecuencia de una marcada crisis del modelo de acumulación capitalista de mediados de los 70s y 80s, que produjo recesión mundial, profundas transformaciones en las formas de producción, dominio del capital financiero en el sistema económico mundial, creciente endeudamiento interno y externo de los países, crecimiento del déficit fiscal, alta inflación, problemas de balance de pagos y desempleo. En los países latinoamericanos, esta situación va a implicar cambios profundos en el papel del Estado, ya que desde los organismos multilaterales de crédito se visualiza al Estado como parte del problema.

---

<sup>32</sup> Navarro, Vicente. *Neoliberalismo y Estado del bienestar*. Ariel, 1998.

<sup>33</sup> Girón, Alicia. "Fondo Monetario Internacional: de la estabilidad a la inestabilidad. El Consenso de Washington y las reformas estructurales en América Latina." *Lechini, G.: "La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur"*. Buenos Aires, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (2008).

<sup>34</sup> Iriart, Celia, Emerson Elias Merhy, y Howard Waitzkin. "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector." *Cad. Saude Publica* 16.1 (2000): 95-105.

<sup>35</sup> Informe para el Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 1993 - [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/11/04/000011823\\_20051104160805/Rendered/PDF/341290french.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/11/04/000011823_20051104160805/Rendered/PDF/341290french.pdf)

<sup>36</sup> Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2010;6(3):275-293.

<sup>37</sup> Fleury, Sonia. "Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad." *Revista Instituciones y Desarrollo* 16 (2004): 133-170.

<sup>38</sup> Alvarez, Jairo Estrada. *Intelectuales, tecnócratas y reformas neoliberales en América Latina*. Univ. Nacional de Colombia, 2005.

<sup>39</sup> Homedes, Nuria, y Antonio Ugalde. "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso; Neoliberal reforms in health services in Latin America: a critical view from two cases studies." *Rev. panam. salud pública* 17.3 (2005): 210-220.

<sup>40</sup> Barthes, Roland. "La aventura semiológica." Editorial PAIDÓS - 2009.

<sup>41</sup> Marmot M.; Friel S.; Bell R.; Houweling TA.; Taylor S.; Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Lancet 2008.

<sup>42</sup> Menéndez, Eduardo L. "El modelo médico y la salud de los trabajadores." *Salud colectiva* 1.1 (2005): 9-32.

<sup>43</sup> Naciones Unidas(ONU) – Declaración Universal de los Derechos Humanos - <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

<sup>44</sup> Laurell, Asa Cristina. *La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social: concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*. Fundación Friedrich Ebert, 1995.

<sup>45</sup> Testa, Mario. *Saber en Salud: la construcción del Conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

<sup>46</sup> Rosales, Ramón. "Los servicios Públicos ¿ Para ciudadanos, Clientes o Usuarios?." *Caracas, Ediciones IESA, serie. Documento de base* (1995).

<sup>47</sup> Informe para el Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 1993 - [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/11/04/000011823\\_20051104160805/Rendered/PDF/341290french.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/11/04/000011823_20051104160805/Rendered/PDF/341290french.pdf)



Como bien lo describen Celia Iriart y Emerson Merhy<sup>(48)</sup> es en este contexto que se introducen:

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

Esta primera etapa de reformas en salud<sup>49</sup> se basó su relato y diseño de políticas en lo que se conoció como *asistencialismo focalizado*. Dispositivos del viejo modelo de *asistencia social*<sup>(50)</sup> fueron la base para que los organismos internacionales propiciaran las políticas "focales" o "asistencialismo focalizado"<sup>(51)</sup>, operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse sólo a los focos de pobreza extrema y grupos vulnerables más profundos (focalización), quienes deberán demostrar su incapacidad como individuos y/o grupos para cubrir sus necesidades personales y las de su familia (prueba de medios) para lograr percibir el "beneficio"<sup>(52)</sup>. Es la demostración del fracaso social como individuo/grupos social buscando paliar los daños colaterales de las reformas neoliberales de los '90.

Como bien lo ejemplifica Celia Almeida<sup>(53)</sup>, "este proceso cuestionó el derecho a la salud como un derecho humano o un beneficio social. La inspiración conservadora de esta agenda y su forma más radical limitan la reforma a la provisión de cuidados médicos individuales, sin tener en consideración el sistema de salud como un todo y las necesidades de salud de la población, ni relacionar el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales para la salud, con el objetivo de superar las desigualdades". También promoción de descentralización del sector y privatización de los servicios<sup>54</sup>.

Ante la crisis (para algunos fracaso<sup>55</sup>) del primer ciclo o etapa de las reformas neoliberales en el continente latinoamericano, reconocido sólo en cierta medida o parcialmente incluso por los organismos que las promovieron, se generó un ámbito político mucho más crítico sobre estos postulados y sus consecuencias económicas y sociales en las sociedades latinoamericanas.

Crisis sociales y económicas que terminan con crisis políticas (ejemplos sobran como los casos de Argentina, Venezuela, Bolivia, Ecuador, otros)<sup>(56)</sup>, coaliciones populares que se construyen en muchos países como "anti-neoliberales"<sup>(57)</sup>, los cambios de Gobierno<sup>(58)</sup> y tendencias<sup>(59)(60)</sup> en la región son un hecho<sup>(61)</sup>.

<sup>48</sup> Iriart, Celia, Emerson Elias Merhy, y Howard Waitzkin. "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector." *Cad. Saude Publica* 16.1 (2000): 95-105.

<sup>49</sup> Londoño, Juan Luis, y Julio Frenk. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington^ eDC DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.

<sup>50</sup> Fleury, Sonia, y Carlos Gerardo Molina. "Modelos de Protección social." *Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Washington: INDES (2002): 3-6.

<sup>51</sup> *Asistencialismo focalizado vs. Ingresos básicos universales*. Barbeito, A.; Lo Vuolo, R.; Pautassi, L. y Rodriguez Enriquez, C. Buenos Aires, Setiembre de 1998

<sup>52</sup> Fleury, Sonia. "Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad." *Revista Instituciones y Desarrollo* 16 (2004): 133-170.

<sup>53</sup> Almeida, Celia. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from." *Cad. Saude Pública* 18.4 (2002): 905-925.

<sup>54</sup> Homedes, Nuria, y Antonio Ugalde. "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso; Neoliberal reforms in health services in Latin America: a critical view from two cases studies." *Rev. panam. salud pública* 17.3 (2005): 210-220.

<sup>55</sup> Sader, Emir. *Refundar el Estado: posneoliberalismo en América Latina*. Ediciones CTA, 2008.

<sup>56</sup> Duménil, Gérard, and Dominique Lévy. *Crisis y Salud de la Crisis: Orden y Desorden Neoliberales*. Fondo de Cultura Económica, 2007.

<sup>57</sup> Castellanos, Pedro Luis. Reflexiones sobre el estado y la salud. La Paz, Bolivia, agosto 2011. [www.alames.org](http://www.alames.org)

<sup>58</sup> Boaventura de Sousa Santos. *Refundación del estado en América Latina: Perspectivas desde una epistemología del sur*. México: Siglo XXI Editores. 2010.

<sup>59</sup> Boersner, Demetrio. "Gobiernos de izquierda en América Latina: tendencias y experiencias." *Nueva sociedad* 197 (2005): 100-113.

<sup>60</sup> Borón, Atilio. "La izquierda latinoamericana a comienzos del siglo XXI: nuevas realidades y urgentes desafíos." *OSAL* 5.13 (2004): 41-56.

Frente a esta situación, podríamos decir que se percibe una inflexión en el discurso y postulados desarrollados por organismos financieros internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Por ejemplo el documento del BID *"Poverty Reduction and Promotion of Social Equity"* <sup>(62)</sup>, ilustra esta inflexión pero también sus límites. El crecimiento económico bajo modalidades neoliberales sigue siendo la prioridad de estos organismos. Aunque es reconocido que este crecimiento por sí solo no permite reducir la pobreza, y que es entonces necesario implementar medidas que permitan reducir la pobreza *"atacándose a sus raíces"* <sup>(63)</sup>. Así la *"Lucha contra la pobreza"* se volvió una de sus prioridades estratégicas, evitando evocar la responsabilidad <sup>(64)</sup> de los ajustes estructurales sobre esta *"pobreza"* pero si se reconoce los límites de los programas sociales de los años 1990 que eran *"limited by their focus on individual operations without a comprehensive strategic focus"*. El análisis de Asa Cristina Laurell sobre una segunda etapa de las reformas al Estado <sup>(65)</sup> y en este marco reformas a la salud, lo explica claramente:

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

Esta inflexión -¿parcial?- en el discurso <sup>(66)</sup>, comienza a transitar un camino de construcción de nuevos fundamentos y enunciados <sup>(67)</sup> del Banco Mundial <sup>(68)</sup> y, en los hechos se encuentra en el Sector Salud la apropiación del discurso político a favor de la universalidad. Este nuevo discurso y escenario <sup>(69)</sup> promueve un modo específico de acceso a la salud: el *"aseguramiento universal"* (o bien, dos variantes semánticas como la *"cobertura universal de salud"* <sup>(70)</sup> o *"protección social en salud"* <sup>71 72 73</sup>). Esta orientación estratégica aparece claramente en el 2005 donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(74)</sup> establece una resolución a favor del aseguramiento en salud (*Social Health Insurance*): se define que debe ser la estrategia para movilizar recursos y desarrollar el acceso a la salud, la OMS favorecerá y proveerá apoyo técnico a favor de estas reformas. Reformas que organizaciones como el Banco Mundial, el BID o USAID <sup>(75)</sup> ya están apoyando. A primera vista parece entonces haber una inflexión importante por parte de organismos como el Banco Mundial (que incluyen también al BID o agencias de cooperación como USAID), que están apoyando y financiando reformas de aseguramiento en salud en América Latina y en Asia <sup>(76)</sup>. En cierta medida, podría dar la impresión o pareciera que el propio BM está promoviendo un sistema de protección social <sup>(77)</sup> con una vocación universal y basado en el

<sup>61</sup> Houtart, Francois. *Crisis del Neoliberalismo y Recreación de las Luchas de los Pueblos*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, 2003.

<sup>62</sup> Inter-American Development Bank - "Poverty Reduction and Promotion of Social Equity", Strategy Document Washington, D.C. Agosto 2003.

<sup>63</sup> Inter-American Development Bank - "Poverty Reduction and Promotion of Social Equity", Strategy Document Inter-American Development Bank Washington, D.C. Agosto 2003.

<sup>64</sup> Navarro, Vicente. "Repercusiones sociales de la crisis global." *Salud 2000* 124 (2009): 208-20.

<sup>65</sup> Banco Interamericano de Desarrollo. *Modernización del Estado*. Documento de estrategia. Washington DC: BID; 2003.

<sup>66</sup> Laurell, Asa Cristina. "Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina." *Medicina Social* 5.1 (2010): 79-88.

<sup>67</sup> Banco Mundial - "Prioridades en el Sector Salud: de América Latina" - 2011 <http://wbi.worldbank.org/wbi/es/stories/prioridades-en-el-sector-salud-la-historia-de-america-latina>

<sup>68</sup> Banco Mundial - *"Combatir la Inequidad en Salud"* - Abdo S. Yazbeck Jefe economista del Sector Salud del Banco Mundial - 2011.

<sup>69</sup> Huertas, B. F. "Planificar para gobernar: El método PES, Entrevista a Carlos Matus." *Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza* (2006).

<sup>70</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) - 2013 [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/universal\\_health\\_coverage/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/universal_health_coverage/es/index.html)

<sup>71</sup> Knaut, Felicia Marie, Héctor Arreola-Ornelas, y Oscar Méndez. "Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004." *salud pública de méxico* 47.6 (2005): 430-439.

<sup>72</sup> Rosenberg, Hernán, y Bernt Andersson. "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe." *Pan American Journal of Public Health* 8 (2000): 118-125.

<sup>73</sup> Laurell, Asa Cristina. "Impacto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) sobre el acceso a los servicios, el gasto de bolsillo y el financiamiento del sector público de salud en México" - Programa CLACSO-CROP de Estudios sobre Pobreza / Serie documentos breves - Diciembre 2012.

<sup>74</sup> Hsiao William C. y Paul Shaw, *Social Health Insurance for Developing Nations*, Harvard Institute and World Bank Institute. 2007 Washington DC.

<sup>75</sup> Wilson, Luis, Aníbal Velásquez, y Carlos Ponce. "La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación." *Rev. perú. med. exp. salud pública* 26.2 (2009): 207-217.

<sup>76</sup> Hsiao William C. y Paul Shaw, *Social Health Insurance for Developing Nations*, Harvard Institute and World Bank Institute. 2007 Washington DC.

<sup>77</sup> Fleury, Sonia, y Carlos Gerardo Molina. "Modelos de Protección social." *Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES* (2002): 3-6.

aseguramiento como arreglo técnico-organizativo de servicios. Se podría llegar incluso a considerar que estos mismos organismos aparecen impulsando modelos de protección social con reformas de salud que parecen tener similitudes importantes con los modelos de protección social que estuvieron criticando y debilitando desde los años 1980. Sin embargo, al analizar esta “Segunda Reforma en Salud”<sup>(78)</sup> podría resultar que los ejes planteados en “Invertir en Salud” del Banco Mundial siguen siendo los ejes pilares vigentes con una lógica de focalización sobre “los más pobres”, primacía del mercado, desregulación del sistema de salud, limitación del rol del Estado a la regulación; pero bajo un relanzamiento de las reformas desde enunciados diferentes.

Es decir, desde esta artículo intentamos analizar, interrogar e interpelar a estas políticas y sus enunciados, cuáles son sus fundamentos y objetivos explícitos pero también preguntarnos e indagar en qué medida el aseguramiento y la estructuración actual de sistemas de salud en América Latina y el Caribe a través de seguros de salud por grupos poblacionales e individuales *¿son efectivamente un camino a la “universalidad” del acceso a la salud y del derecho a la salud?* Los modelos de reformas de salud en ALyC donde prima el aseguramiento *¿qué rol como actor social tuvo y tiene el Banco Mundial?* *¿Hay falacias e inconsistencias técnicas en los enunciados, promesas y postulados de la segunda etapa de reformas en salud basadas en aseguramiento “universal”?* *¿Estos postulados y enunciados del aseguramiento cumplen con el enfoque del derecho a la salud de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos del sistema interamericano y del sistema internacional de Naciones Unidas?* *¿Esta inflexión en el discurso y apropiación semántica implica un verdadero cambio de enfoque en la elaboración de las políticas sociales en las reformas de los sistemas de protección social especialmente sobre las reformas de salud impulsadas por el Banco Mundial?* *¿Estas políticas basadas en aseguramiento continúan teniendo puntos de contactos con el ideario neoliberal e Invertir en Salud?* *¿Es un cambio u continuidad?* Las palabras no son neutrales<sup>(79)</sup>.

La polisemia de las palabras y conceptos en el campo de la salud colectiva implica tener en cuenta que hoy *Atención Primaria de la Salud, Promoción de la Salud, Prevención, Cuidado, Descentralización, Participación Social, Equidad, Determinantes Sociales de la Salud*, incluso “Universalidad” son palabras utilizadas desde puntos de vista y perspectivas absolutamente opuestas: el uso del propio Banco Mundial, el BID, USAID y prominentes referentes del neoliberalismo en salud claramente no dicen lo mismo que lo conceptualizado por el movimiento de la medicina social<sup>(80)</sup> y salud colectiva<sup>(81)</sup> latinoamericana. Usamos las mismas palabras pero claramente no decimos lo mismo, sabiendo que una determinada concepción demarca las acciones, el pensar-hacer correspondiente.

Por último, es importante señalar que la acumulación y la exacerbación de la “cuestión social”<sup>82</sup> en la región retratan siempre determinadas elecciones y opciones de políticas, realizadas por los gobernantes en coyunturas históricas específicas. O sea, a pesar de las condicionalidades de los acreedores internacionales y de la difusión de sus ideas, la adhesión a la nueva agenda de reforma no puede ser atribuida exclusivamente a estas variables.

En resumen, los procesos de reforma neoliberales en el sector salud podríamos decir que tuvieron dos momentos: en una primera instancia en el contexto del Consenso de Washington con la exponencial transferencia del patrimonio público al sector privado a través de privatizaciones y el desmantelamiento de los dispositivos del Estado social. Allí donde todos dejamos de ser “ciudadanos” y pasamos a ser “clientes-usuarios” como bien lo demarca el Art.42 de la Constitución argentina<sup>83</sup>. Estas reformas que tuvieron su base en el informe *Invertir en Salud del Banco Mundial*(1993), basaban su relato en el *asistencialismo focalizado* para de alguna manera *contener* a las víctimas de las reformas neoliberales. Como decimos siempre, ese documento del Banco Mundo de “Invertir en Salud” no le hablaba a los Gobiernos ni a nuestras sociedades, sino a los “inversores del capital”: invertir en el mercado de salud dá grandes tasas de retorno y acumulación de capital.

---

<sup>78</sup> Asa Cristina Laurell, Joel Herrera Ronquillo, “La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra venta de servicios

<sup>79</sup> Barthes, Roland, y Adolfo García Ortega. *El imperio de los signos*. Mondadori, 1990.

<sup>80</sup> Celia Iriart, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merhy. “Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos”. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(2), 2002.

<sup>81</sup> VII CONGRESO BRASILEÑO DE SALUD COLECTIVA. ¿Qué cosa llamamos Salud Colectiva hoy? Brasilia 29 de julio al 2 de agosto de 2003.

<sup>82</sup> Fleury, Sonia. *Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1997.

<sup>83</sup> Constitución Nacional de la República Argentina Art. 42: <http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/capitulo2.php>



Esta “*inflexión*” en las palabras, aunque no en las propuestas, podríamos resumirlas en los siguientes cuadros comparativos de 2 documentos del Banco Mundial, uno de 1993 y el otro del 2011:

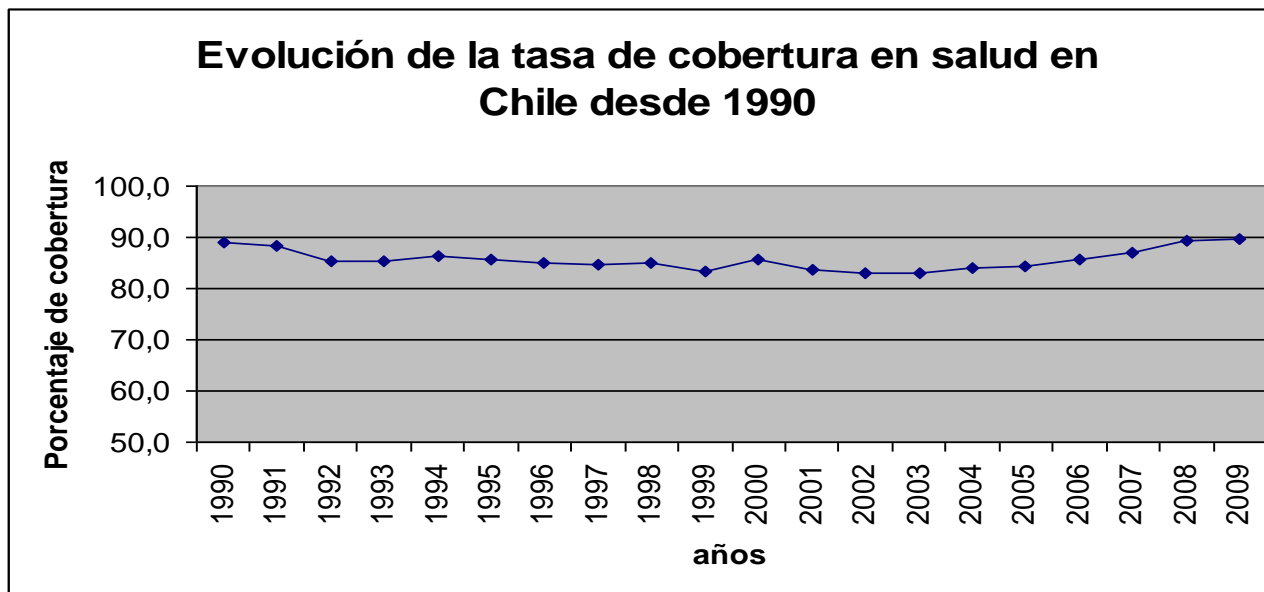
<b>Banco Mundial – INVERTIR en SALUD (1993)</b>	<b><u>Principios y nociones destacados</u></b>	<b><u>Términos usados por el Banco Mundial</u></b>	<b><u>Consecuencias concretas</u></b>
<p><b><u>1993: Principios y nociones dominantes en discurso del Banco Mundial (Fuente: <i>Invertir en Salud Resumen</i>, Banco Mundial 1993)</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencia y lógica del mercado</li> <li>- Focalización del gasto público para los más pobres</li> <li>- Disminución del financiamiento público de los sistemas de salud</li> <li>- Descentralización</li> <li>- Principio de costo efectividad y de prestaciones esenciales de salud</li> </ul>	<p><i>“promover la diversidad y la competencia”</i>  <i>“La mayor utilización del sector privado (...) puede contribuir a elevar el grado de eficacia.”</i>  <i>“garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública y asistencia clínica esencial al tiempo que el resto del sistema de salud pasa a autofinanciarse”</i>  <i>“cobrar a los pacientes acomodados que usen los hospitales y servicios estatales”</i>  <i>“Los gobiernos también podrían subvencionar a los proveedores de asistencia sanitaria del sector privado que prestan servicios clínicos esenciales a los pobres”</i>  <i>“la descentralización puede contribuir a incrementar la eficiencia”</i>  <i>“concentrarse en garantizar una asistencia clínica eficaz en función de los costos para la población pobre.”</i></p>	<p style="text-align: center;">Privatizaciones</p> <p style="text-align: center;">Cuotas y copagos en los establecimientos de salud.</p> <p>Descentralización de las competencias en salud sin los recursos necesarios: degradación de las prestaciones/servicios de salud (pública especialmente).</p> <p>Aumento de las inequidades sociales en salud.</p>

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

Ahora bien, las reformas actuales de Segunda Generación<sup>84</sup> incorporaron en su narrativa la palabra “universal” o “cobertura universal” o “Universalismo básico” u “acceso financiero a los servicios de salud”. “Lo universal” fue apropiado por este paradigma. Es decir, el “neoliberalismo” en salud en América Latina ahora habla y ejecuta programas de “cobertura universal”. Cuando uno analiza cómo buscan los organismos e instituciones como el Banco Mundial llegar a la cobertura universal hablan que será a través del “aseguramiento”, con desarrollo de “seguros”. Es decir, el desarrollo de un derecho a la salud Tutelado, con Cobertura/ Acceso/Calidad de salud DIFERENCIALES según inserción en el mercado laboral (contributivo) o tener ingreso(gasto privado) o ser subsidiado (si demuestra ser “muy pobre”).

Para ser más explícitos, hablemos de las **7 falacias** que consideramos los “seguros de salud” en América Latina presentan:

**FALACIA 1:** “*El Aseguramiento es un camino a la Universalidad*”<sup>85</sup>: La experiencia ejemplar de Chile que en plena dictadura de Pinochet desmantela su sistema nacional de salud y construye el actual modelo de aseguramiento demuestra que a 30 años de la primer reforma latinoamericana existe aún hoy un 11,2% de población sin NINGÚN seguro/cobertura. El caso de Colombia<sup>86</sup> con 15 años de reforma a partir de la Ley 100 deja en evidencia que un 12% tampoco llega a tener NINGÚN seguro/cobertura (*los “desvinculados”*) actualmente. Podríamos tomar los casos de Perú, México u República Dominicana evidenciando el “*estancamiento*” en las tasas de aseguramiento también que de “universal” no tienen nada.



Elaboración propia en base a los datos de la FONASA.

**FALACIA 2:** “*¿Los seguros de salud pueden ser integrales?*”: Los seguros construyen coberturas individuales asistenciales-curativas ya que su facturación depende de vender asistencia/servicios a enfermedades. Con lo cual *los seguros* no son capaces ni tienen interés en aspectos epidemiológicos, preventivos y

<sup>84</sup> Asa Cristina Laurell, Joel Herrera Ronquillo, “La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra venta de servicios”. Revista Salud colectiva vol.6 no.2 Lanús mayo/ago. 2010.

<sup>85</sup> Asa Cristina Laurell, Joel Herrera Ronquillo, “La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra venta de servicios”. Revista Salud colectiva vol.6 no.2 Lanús mayo/ago. 2010.

<sup>86</sup> Mario Hernández Alvarez y Mauricio Torres-Tovar, “Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema”. [www.alames.org](http://www.alames.org)

promocionales a nivel poblacional. Así las emergencias, epidemias/endemias, campañas masivas de información y promoción, entre otras dimensiones quedan como responsabilidad de la *salud pública residual ya que no hay “ingresos” o rentabilidad en ello.*

**FALACIA 3:** “*La Libre competencia entre seguros mejora la eficacia-eficiencia de la cobertura de los asegurados.*” “*La Libre elección del Usuario mejora la calidad del servicio.*” En la práctica la supuesta libre competencia genera un “mercado de prestadores” a los seguros de salud con posibilidades de elección mix público-privado y búsqueda de rentabilidad por prestaciones que claramente como se constata beneficia la mercantilización del derecho a la salud y el lucro del sector privado de salud. Incluso en instancias de “*seguros públicos de salud para los subsidiados de grupos empobrecidos*” esos dispositivos de aseguramiento nos dicen quién financia los paquetes de servicios de salud cubiertos al asegurado “*que demuestran ser pobres*” (*sea a través de financiamiento del Estado u cooperación internacional pública*) pero no nos dicen quien proveen esos servicios a los asegurados “públicos” (pudiendo ser tanto “prestadores” públicos como privados). Lo cual en la práctica implica una destrucción de los principios de la esfera de lo “público” con procesos de privatización efectiva, de contratación con fondos públicos de servicios privados, de progresiva transferencia de recursos públicos al privado, además que al convertirse en “*prestadores*” los establecimientos públicos de salud deben incorporar lógicas de gestión-funcionamiento privados (Ej: Hospitales de Autogestión, o gerenciamientos, o tercerizaciones y toda clase de procesos de privatización).

**FALACIA 4:** “*Los seguros de salud pueden incorporar la estrategia de Atención Primaria de la Salud*”: Lo primero que se constata que “*atención primaria de la salud*” en contextos de aseguramiento en realidad funciona como una “*atención asistencial de paquetes básicos/mínimos o de bajo costo para los más pobres*”, es decir, “*salud para pobres con pobres recursos*”. De estrategia integral no tiene nada. Los seguros tienen adicción a la enfermedad y a los servicios de salud curativo/asistenciales, porque este modelo vende/factura prestaciones/servicios al Pagador con lo cual crea un mercado de “*enfermos*” de hecho. Además a esto se le debe sumar la lógica de distribución de mercado ya que se comprueban procesos de instalación de la asistencia primaria en salud de bajo costo (no rentable) -llamada APS- para los sectores empobrecidos queda como función del sector público, y la asistencia diagnóstica-tratamiento-rehabilitación de mediano y alto costo es exclusiva del sector privado donde el Estado sólo en el mejor de los escenarios debe regular/controlar pero no proveer ese tipo de servicios.

**FALACIA 5:** “*Las claves del acceso a la salud está en las barreras económicas/financieras a los servicios de salud*”: Desde hace décadas el Banco Mundial y el BID tomaron cierta primacía en el análisis de los sistemas de salud en América Latina. Esto implica que progresivamente se instaló una concepción “*economicista*” neoclásica sobre el Sector Salud interpuesta por los *think thank* de los Bancos. Dicho esto, vale decir que esta idea instalada como única verdad aduciendo que la principal barrera de acceso a la salud es la *económica* se justifica con argumentaciones en parte “obvias”, o sea que la “*población empobrecida*” es la que más “*gasta*” en salud de su disminuido presupuesto familiar cotidiano y los que más enferman por sus precarias condiciones de vida. El problema no son estas constataciones casi “obvias” que expresan dicha corriente (aunque limitadas en el enfoque de todos modos), sino en las propuestas que se postulan para resolver esto. Se plantea: 1- Subsidio a la demanda, es decir, no financiar el desarrollo de más y mejor oferta de servicios de salud públicos integrales, sino subsidiar a los propios “*beneficiarios*” -la demanda- (que demuestren ser pobres claro) para que ellos “*gratuitamente*” puedan atenderse con un paquete mínimo/básico de servicios donde quieran según los prestadores de ese seguro (Ej: Clínica privada, una ONG, es decir, prestadores públicos o privados). Este *subsidio a la demanda* claramente expande el “*mercado de la salud*” ya que genera una nueva población (los pobres) que “*consumen*” salud siendo potenciales “*clientes-usuarios*” del sector privado(este mercado se construye a través de la transferencia de fondos públicos al sector privado con y sin fines de lucro). 2- Además busca abrir la competencia entre lo público y lo privado, e incluso en contextos donde no hay desarrollo de servicios públicos de salud se fortalece la idea que se “*responda con los prestadores*” disponibles y más eficientes sea el sector privado lucrativo, privado sin fines de lucro(ONGs, Fundaciones), u otros que serán “*prestadores*” de los seguros para la población empobrecida. Claramente generando el no desarrollo de soberanía sanitaria pública, implosionando cualquier fortalecimiento de la capacidad del Estado como garante de derechos y proveedor de bienes y servicios públicos. Es decir, se lograría garantizar “*gratuitamente*” servicios mínimos/básicos para “*pobres/grupos vulnerables*” a través de seguros que giran recursos públicos al sector privado. Siempre enfocados claro a grupos sociales e indicadores sensibles para los Objetivos del Milenio(ODM), por eso los seguros en su mayoría comienzan siendo “*materno-infantiles*”.

**FALACIA 6:** “*El aseguramiento debe ir de la mano de la descentralización de los servicios de salud*”: Aunque loable como propuesta de muchos actores sociales locales con cierta concepción participativa, de poder y toma de decisiones locales, en la práctica los procesos de reforma liderados por los organismos financieros internacionales instalaron la descentralización como principio por 2 razones principales: 1- Desresponsabilización y ruptura con el Estado nacional rector y



proveedor; 2- En la práctica un camino para disminuir la resistencia a los procesos de privatización y aseguramiento deteriorando la presencia del Estado nacional y garante del derecho a la salud en los casos que existiera.

**FALACIA 7:** “Los modelos de aseguramiento a la Europea fueron un camino a la Universalidad que debemos copiar en América Latina”: Este enfoque no contempla la realidad de las sociedades excluyentes heredadas del neoliberalismo en América Latina. ¿Los seguros por grupos sociales son una respuesta en sociedades donde el 60 o 70% de la fuerza del trabajo en AM es informal y entre el 35 al 45% en situación de pobreza? ¿Quién decide quién es pobre, vulnerable, apto para ser “beneficiario” de un seguro y quien no lo es? Las inequidades son constitutivas de las sociedades latinoamericanas, y no se pueden resolver profundizando inequidad con seguros parciales que segmentan de acuerdo al vínculo con el empleo formal, o el ingreso (ser pagador-cliente) o demostrar ser “muy pobre”. Aunque no es cuestión de este artículo, el camino de aseguramiento progresivo en Europa fue de la mano de un fuerte desarrollo de Estados de Bienestar con concepción de derechos integrales ciudadanos, entre otras múltiples razones. Lo que llaman en Europa “*protección social*” como principio de derechos de ciudadanía nada tiene que ver con la “*protección social*” asistencial-caritativa que se plantea en América Latina por los Bancos (BM-BID). En definitiva, esta falacia sólo reproduce “*neocolonialismo*” en el diseño de políticas públicas en nuestro continente.

En resumen el “aseguramiento” o “Seguros”:

- Buscan la fragmentación, no por un error del Sistema, sino para dividir a los prestadores, a los usuarios/poblaciones, para crear competencia y mercados.
- Segmentación de las sociedades. Entre asegurados “pobres”, asegurados “medios,” asegurados “ricos”.
- Estas reformas irremediablemente llevan a la “*judicialización*” de la salud para lograr atenciones integrales o necesarias garantizadas de salud.

Por último, tomando en base algunos trabajos de Asa Cristina Laurell<sup>87</sup>, se podría resumir que las diferencias sustanciales entre la lógica del Aseguramiento instalada en América Latina comparativamente con el desarrollo de Sistemas Universales radican en:

<b>Características</b>	<b>Sistemas Universales de Salud</b>	<b>Seguros de Salud</b>
<b>Cobertura poblacional Universal</b>	Si por definición	En América Latina no se ha logrado
<b>Cobertura de servicios</b>	En principios todos los existentes.	Definición y costeo de los paquetes de servicios en función del costo-beneficio. Son Paquetes de Garantías Explícitas. Restringidos o amplios según pago.
<b>Acceso oportuno a los servicios, insumos y</b>	En principio si a pesar de obstáculos (geográficos, burocráticos, culturales...)	Depende del diseño de los paquetes de servicios y de los copagos. Obstáculos

<sup>87</sup> Cristina Laurell, “Acceso Universal, Sistema Único VS Aseguramiento.” *Sistematizando lecciones y experiencias en la construcción de sistemas únicos de salud*, Abril 2011, La Paz, Bolivia.

<b>medicamentos requeridos</b>		económicos, geográficos, burocráticos y culturales.
<b>Modelo de Atención</b>	Integrado, escalonado e integral sobre una base de educación, promoción y prevención como de vigilancia de la salud.	Centrado en la atención a la persona/enfermedad con incentivos al desempeño. Requiere estructura paralela de seguridad sanitaria, salud pública y comunitaria.
<b>Tipo de planeación posible</b>	Planeación estratégica y nacional. Permite fijar prioridades a mediano y largo plazo. Construir desde abajo con criterios de necesidades en salud.	Pluralidad de prestadores que dificulta la planeación estratégica. Prioriza atención a la persona en áreas de alta demanda. Planeación de corto plazo con criterios financieros.
<b>Actuación sobre determinantes socio-ambientales y económicos de la salud. (intersectorialidad)</b>	Diseño de políticas social común con objetivos transversales. Ministerio parte del Gabinete con acceso directo a otros ministerios.	Múltiples administradores y prestadores con prioridad de atención a la persona disminuye posibilidades. Políticas públicas sociales externa al sistema.
<b>Fuentes de financiamiento</b>	Recursos públicos (por fiscales, varios impuestos). Busca Equidad distributiva.	Tri o bipartita: asegurado/(empleador)/estado nacional y/o local con subsidios, gasto de bolsillo/seguro privado.

Quiénes cumplen estas características? Si uno compara los seguros de salud por ejemplo de Argentina (Plan NACER), de Haití (SIG-SOG), de República Dominicana (SENASA), de Bolivia (SUMMI), de Perú (SIS), de México (Seguro Popular de Salud), se encontrará con similitudes importantes debido a que los autores intelectuales son los mismos.

<b>Países</b>	<b><u>Argentina:</u> Plan NACER /SUMAR</b>	<b><u>Bolivia:</u> Seguro Universal Materno Infantil</b>	<b><u>Ecuador:</u> Programa de Aseguramiento Universal en Salud</b>	<b><u>Haití: Servicios Obstétricos Gratuitos</u></b>	<b><u>Perú: Seguro Integral de salud</u></b>	<b><u>Republica Dominicana: SENASA</u></b>	<b><u>México: Seguro Popular de Salud</u></b>
<b>Vía de acceso</b>	Aseguramiento	Aseguramiento	Aseguramiento	No se habla explícitamente de aseguramiento aunque lo es.	Aseguramiento	Aseguramiento	Aseguramiento
<b>Cobertura poblacional</b>	Principio de focalización hacia las mujeres embarazadas y sus niños sin obras sociales. Ampliado a Jóvenes con SUMAR.	Focalización para mujeres embarazadas y niños pero sin discriminación de recursos.	Focalización hacia la población sin seguros de salud y de bajos ingresos.  Focalización territorial	Principio de focalización hacia las mujeres embarazadas sin recursos.  Focalización territorial	Población sin seguros de salud y de bajos ingresos.  Focalización únicamente según los recursos.	Población pobre seleccionada por el SIUBEN	Población fuera del mercado formal de trabajo y sin protección en salud
<b>Beneficios:</b> (variaciones numerosas de la cobertura de servicios según los países, se destacan aquí las principales)	Servicios vinculados a la salud materno infantil	Servicios vinculados a la salud materno infantil	Solamente ciertas patologías cubiertas: Objetivo de ampliar el paquete de servicio.	Cobertura de servicios limitada a: -transporte hasta los centros de salud  -consultas prenatal  -Parto asistido y control postnatal  -No cubre los medicamentos	Definido por el Plan Esencial de Aseguramiento con exclusiones explícitas importantes.	Paquete Básico de Salud no determinado por servicios explícitos pero con numerosas excepciones y sujeto a interpretaciones de los centros de salud.	Paquete básico de salud

## La necesidad de una reforma por la vida<sup>88</sup>

El modelo dual<sup>89</sup> de protección social histórico en Argentina que describimos al inicio además de profundizar desigualdades sociales y de salud, segmentar la sociedad y no construir equidad distributiva; todos los días se cuenta en muertes evitables. Es decir, es imprescindible más que nunca en nuestra historia poder romper el pacto corporativo de ciertos actores que bajo la justificación de la relación amigable entre capital-trabajo excluyen a millones del principio de una ciudadanía ampliada. Necesitamos un nuevo contrato social<sup>90</sup> avanzando a un nuevo diseño del modelo de seguridad social y salud que debe asumir el Estado. Con un conjunto de políticas públicas que, inspiradas en un principio de justicia social universal, garantice a todas/os derechos sociales esenciales por el sólo hecho de ser ciudadano/residente, basado en desvincular los derechos de la relación meritocrática de tener o no empleo, o tener ingresos o esperar la caridad/beneficio. Derechos sociales universalizados que dependan únicamente de la necesidad de la persona, del pueblo. En este esquema necesitamos más Estado inteligente, eficaz y eficiente que se apropie desde un sistema tributario diferente de los recursos necesarios para generar una ciudadanía universal plena. Claro, esta propuesta no la podrán tomar los sectores que sólo buscan rédito político oportunista pero que profesan de neoconservadores. Por las dudas, como dicen en el lenguaje jurídico deberíamos "*invertir la carga de la prueba*": pueden decirnos que "*no se puede*" porque los recursos fiscales no están. O bien, podemos proponer avanzar en una reforma tributaria integral que compense lo que se dá por derecho a cada ciudadano por igual pero donde quien más riqueza tiene más aporta. Las condiciones económicas y políticas son inmejorables, aunque nuestros sistemas tributarios en América latina continúan siendo regresivos basados en gravámenes directos al consumo, con la paradoja de quienes más aportan y financian las políticas públicas para el desarrollo de nuestras naciones son los que menos tienen.

Debemos pensar como alcanzar y garantizar una democracia con calidad de vida y justicia social. Buscando un sistema universal de protecciones sociales y salud que no garantice lo "*mínimo*", lo "*básico*" sino lo que es justo y necesario. Lamentablemente la oleada neoliberal nos ha puesto en la situación histórica que distintos sectores o colectivos sociales nos hemos fragmentado peleando por "*un pedacito*" de derechos, por "*nuestra*" cobertura, por "*lo mínimo*" para mi sector X o Y o nuestra reparación, profundizando la segmentación social y las propias luchas. Considerando nuestra "*lucha*", nuestro "*derecho*" como el único centro de la escena. Así para algunos será el centro el Ambiente, para otros el Trabajo, para otros la Justicia, para otros la Educación, para otros la Vivienda, para otros la Salud, para otros la Igualdad de Género, para otros la Niñez, la Discapacidad, la Justicia, la Alimentación y así podríamos continuar. Sin considerar que todos esos derechos son interdependientes e integrales, parte de una misma película, y donde es necesario construir un "*buen vivir*" o un núcleo de derechos garante de una ciudadanía ampliada universal, saludable, intercultural y diversa.

Sin duda, el proceso social, económico, político y cultural resultante del paradigma neoliberal fue la urgencia: Argentina transita aún hoy una emergencia sanitaria y ambiental<sup>91</sup> permanente que debemos dar respuesta. Hoy se habrán muerto 20 chicos menores de 5 años por causas evitables, más de un 4% padece desnutrición infantil crónica y 42% anemia, y el mismo sector poblacional que padece Necesidades Básicas Insatisfechas(NBI)<sup>92</sup> es donde inciden el Chagas, el Dengue, Tuberculosis con 1000 muertes al año, la Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, Hantavirus, Paludismo, 100 muertes por abortos inseguros, 300 madres en su mayoría jóvenes que mueren por un deficitario sistema de salud, padecimientos mentales y 2900 suicidios al año, el VIH-SIDA, y podríamos seguir enumerando. Con los nuevos desafíos epidemiológicos de la determinación socioambiental de la salud<sup>93</sup>: El monocultivo de soja transgénica intoxicando con agrotóxicos por miles de hectáreas con incremento exponencial de muertes por malformaciones congénitas y cánceres vinculado a su vez a la expulsión de los pueblos campesinos-originarios-indígenas abandonando sus estrategias de soberanía alimentaria y reproduciendo pobreza periurbanas, la minería a gran escala

<sup>88</sup> Jaime Breilh. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.

<sup>89</sup> FLEURY Sonia y Molina Carlos Gerardo; "*Modelos de protección social*".

<sup>90</sup> Fleury, Sonia. Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad. - Escuela Brasileña de Administración Pública y Empresas - Ebape. Fundación Getúlio Vargas. 1999.

<sup>91</sup> Jaime Breilh Paz y Miño y Ylonka Tillería Muñoz. Aceleración Global y Despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala. Año: 2009.

<sup>92</sup> INDEC. Necesidades Básicas Insatisfechas 2001. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)

<sup>93</sup> Jaime Breilh. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.



destruccion del ecosistema y la vida, las urbanizaciones inequitativas generadoras de desechos masivos y patrones malsanos vida<sup>94</sup>, y la lista continúa. Como vive nuestra sociedad, se enferma y se muere<sup>95</sup>.

En este contexto, el proceso lanzado el pasado 14 de julio del 2010 por la plataforma de los 22 Puntos por la Salud de la Argentina del Bicentenario<sup>96</sup> desde más de 150 organizaciones populares de la sociedad civil de todo el país con organismos de derechos humanos, ONGs, movimiento de mujeres, sindicatos, movimientos sociales, ambientalistas, cátedras universitarias, sectores académicos, organizaciones originarias-campesinas-indígenas, redes de pacientes y de personas con discapacidad, de salud mental, culturales, sanitarias y ciudadanía en general; resulta estratégico para hacer posible lo que necesitamos. La premisa principal es fortalecer una cultura del encuentro en clave intercultural y en diversidad con propuestas plurales en busca de un horizonte de transformación. Las asambleas constituyentes que vienen realizándose en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Ciudad de Bs.As. Neuquén, Chaco, Salta, San Luis, entre otras; demuestran que es posible abandonar esa *matriz de la diferencia y desconfianza* entre múltiples actores sociales del campo sanitario y popular. Lograr instalar en la agenda social y política que otro Modelo de Protección Social y Salud es posible y necesario, es un desafío que implica protagonismo social y una trayectoria de construcción que nace desde la sociedad civil con amplitud y sin miedos al encuentro en la diversidad.

Necesitamos un sistema universal que proteja la vida, de protección social colectivo. En nuestros países de América Latina, la desigualdad social y exclusión es constitutivo de nuestras sociedades. Ya descubrimos eficazmente en estos años como combatir la pobreza y en cierta medida revertirla a partir de transferencia de renta condicionada (*Asignación Universal por Hijo-Argentina, Bolsa Familia-Brasil, Bono Juanito-Bolivia, Oportunidades-México*, otros), programas focales, creación de fuentes de trabajo, cooperativas, entre otros dispositivos. Ahora debemos ser capaces de atacar las profundas brechas de desigualdad social que aún hoy persisten en nuestras sociedades. Esa es la cuestión social de la etapa. En nuestro país, venimos de un proceso de crecimiento económico fenomenal con inclusión de los sectores populares en el mercado de consumo. Aunque esa "inclusión al consumo" aún potencia patrones malsanos de mercantilización de la vida<sup>97</sup> por ejemplo con paradojas de disponer 1,5 teléfono móvil por habitante, y mantener un 46,9 por ciento(%)<sup>98</sup> de la población sin red de cloacas. Nos queda aún pendiente pensar como convertir este proceso en desarrollo económico con justicia y equidad social. Dar una respuesta integral desde un núcleo de derechos interdependientes y universales. Esa es la base ética de lo que llamamos una reforma del Estado por la vida<sup>99</sup>.

El Estado no puede seguir pensando en gran medida las políticas públicas en términos del criterio tripartito, es decir, solamente 3 actores en el juego: sindicatos/trabajadores organizados, empresarios y Estado como árbitro en la relación capital-trabajo. Esa concepción no puede explicar *-nos guste o no-* la complejidad y heterogeneidad que tienen nuestras sociedades hoy, a decir de Sonia Fleury, "*polifónicas*"<sup>100</sup>. Pensar en clave de una triple inequidad: por clase social, por género y por étnia<sup>101</sup>. Así, la nueva institucionalidad que implicaría caminar hacia un estratégico Sistema Universal de Seguridad Social y Salud de carácter público financiado por rentas generales del Estado que contemple salud integral, ingreso ciudadano a la niñez y discapacidad, previsión social universal, seguro de empleo y formación, distribución-acceso a la tierra y la vivienda, seguridad económica y alimentaria, entre otros dispositivos sólo parece ser posible con un nuevo modelo de democracia que asocie la democracia representativa con la democracia deliberativa<sup>102</sup> generando las condiciones necesarias para

---

<sup>94</sup> Jaime Breilh. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.

<sup>95</sup> Bronfman, Mario. *Como se vive se muere*. Familia, redes sociales, y muerte infantil. (Buenos Aires: Editorial Lugar). 2001.

<sup>96</sup> Plataforma de los 22 Puntos por la Salud del Bicentenario del Foro Social de Salud y Ambiente/ARGENTINA. [http://www.forosocialsaludargentina.org/es/template.php?file=prensa/2010/10\\_06\\_17\\_22\\_puntos\\_por\\_la\\_salud.html](http://www.forosocialsaludargentina.org/es/template.php?file=prensa/2010/10_06_17_22_puntos_por_la_salud.html)

<sup>97</sup> Jaime Breilh Paz y Miño y Ylonka Tilleria Muñoz. *Aceleración Global y Despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala. Año: 2009.

<sup>98</sup> Censo Nacional 2010-INDEC. [http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/analisis\\_censo\\_feb12.pdf](http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/analisis_censo_feb12.pdf)

<sup>99</sup> Boaventura de Sousa Santos. *Refundación del estado en América Latina: Perspectivas desde una epistemología del sur*. México: Siglo XXI Editores. 2010.

<sup>100</sup> Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad. Sonia Fleury - Escuela Brasileña de Administración Pública y Empresas - Ebape. Fundación Getúlio Vargas. 1999.

<sup>101</sup> Jaime Breilh Paz y Miño. *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires. 2003.

<sup>102</sup> Idem.

construir nuevos relatos donde la participación popular y el diálogo social desde la interculturalidad y diversidad en una esfera pública ampliada sea la llave para ampliar ciudadanía y cambiar la matriz distributiva por una calidad de vida saludable. Si no seguiremos atrapados en un Estado sin ciudadanos diseñado para otro contexto histórico, siendo rehenes de las corporaciones que a veces construyen narrativas épicas pero que no quieren que avancen las transformaciones en nuestras sociedades.

\* Presidente Médicos del Mundo ([www.mdm.org.ar](http://www.mdm.org.ar));  
Coordinación nacional Foro Social de Salud y Ambiente ARGENTINA ([www.forosocialsaludargentina.org](http://www.forosocialsaludargentina.org));  
Comité Ejecutivo Internacional - Foro Social Mundial de la Salud y Seguridad Social([www.fsms.org.br](http://www.fsms.org.br));  
Consejo regional - Asociación Latinoamericana de Medicina Social(ALAMES – [www.alames.org](http://www.alames.org) )