 ISSN 0719-8736

ANALISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD COMO SISTEMAS POLÍTICOS

Analysis of health systems as political systems

Dr. Rubén Darío Gómez-Arias
Universidad CES
rubengomez33@gmail.com

ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-4707-4862

Recibido: 15.03.2021
Revisado: 30.03.2021
Aceptado: 11.04.2021

Cómo citar este artículo: Gómez-Arias. Análisis de los sistemas de salud como sistemas políticos. Salud y Bienestar Colectivo. 2021; 5 (2): 94-122.

Resumen

La literatura técnica suele presentar los Sistemas de Salud (SS) como conjuntos de recursos médicos destinados a atender enfermedades. Un análisis más amplio del tema permite caracterizar los SS como la expresión de sistemas políticos que surgen y cambian en contextos históricos diferentes, al impulso de las condiciones e intereses predominantes. Los sistemas políticos son los mismos sistemas sociales cuando los valoramos desde la perspectiva de las relaciones de poder que se establecen entre sus integrantes.[1] Desde esta perspectiva los SS, sus agentes, discursos y dispositivos, se revelan como componentes de sistemas políticos que determinan, bajo las apariencias el tipo de gestión que se aplica a la comprensión y cuidado de la salud, y configuran "modelos de respuesta social". Este documento, describe los SS como sistemas políticos, con base en las características de la respuesta social preponderante. Se describen cinco tipologías que pueden coexistir tanto de forma sinérgica como contradictoria reflejando las condiciones e intereses predominantes en el grupo: sistemas populares, de beneficencia, de seguridad social, estatales, y privados. Al final se propone que el análisis de los aspectos formales y técnicos es por sí mismo insuficiente para explicar e intervenir la dinámica de los SS.

Palabras claves DECS

Sistemas de salud, Sistemas políticos, Prestación de Atención de Salud, Medicine tradicional, Organizaciones de Beneficencia, Seguridad social, Gestión en salud, Política de salud, Política pública, Políticas públicas de salud, Políticas

Abstract

Technical literature usually presents Health Systems (HS) as sets of medical resources aimed at treating diseases. A broader analysis of the subject allows us to characterize HS as the expression of political systems, which arise and change in different historical contexts, driven by prevailing conditions and interests. Political systems are the same social systems when we value them from the perspective of the power relations established among their members. From this perspective, HS, their agents, discourses, and devices, are revealed as components of political systems that determine, under appearances, the type of management that people applied to understand and care for their health, and configure "models of social response." In this document, the analysis of HS is based on the characteristics of the prevailing social response. We describe five typologies that can coexist, both synergistically and contradictory, reflecting the prevailing conditions and interests in the group: popular, charity, social security, state, and private systems. In the end, it is proposed that the analysis of the formal and technical aspects is by itself insufficient to explain HS and intervene in their dynamics

Keywords DECS

Health Systems, Political Systems, Delivery of Health Care, Traditional medicine, Charities, Social Security, Health Management, Health Policy, Public policy, Policy

1. Análisis de los sistemas de salud.

Para muchos autores el término “sistema” de salud es sinónimo de servicios médicos. Este es un enfoque muy extendido, pero erróneo. La noción contemporánea de “sistema”, acuñada desde 1937 por el biólogo y filósofo austriaco Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) ha ejercido una profunda influencia sobre la mayoría de las disciplinas actuales. El *Enfoque sistémico* derivado de sus planteamientos insiste en la necesidad de analizar integralmente los fenómenos, destacando las interacciones entre las partes y el todo.[2,3] Desde esta perspectiva, los Sistemas de Salud (SS) se conciben como conjuntos complejos y dinámicos, estrechamente articulados, que involucran elementos naturales y artificiales (materiales y simbólicos), los cuales se organizan alrededor de lo que cada grupo humano entiende por salud.[4] Desde el Enfoque sistémico, los SS se comportan como construcciones sociales artificiales, inmersas en sistemas económicos, políticos y culturales que determinan su forma y su dinámica. Con fines analíticos, los distintos elementos de un SS pueden agruparse en tres componentes:

- **Las condiciones de salud predominantes en el grupo.** Los eventos reconocidos por una sociedad como asuntos que afectan positiva o desfavorablemente su salud, conforman un componente nuclear de todo SS. Este componente no siempre es fácil de caracterizar, porque los discursos sobre la salud, la enfermedad y el sufrimiento incluyen valoraciones convencionales y heterogéneas que se van imponiendo en los grupos humanos a lo largo de la historia.[5–8] En el mundo occidental ha predominado desde la antigüedad una concepción medicalizada que define la salud en función de las enfermedades y trastornos biológicos individuales, definidos por los médicos y cuidadores como agentes con capacidad para influenciar el comportamiento del grupo.[7–13] Sin embargo, otras culturas han desarrollado visones más integrales que valoran la salud desde experiencias colectivas, incluyendo no solamente condiciones físicas relativas al desempeño del cuerpo, sino también condiciones psíquicas, interacciones con los demás y formas de relación armónica con la naturaleza.[14,15] La diversidad de enfoques que dan cuenta de la existencia, la salud y el sufrimiento en los diferentes grupos humanos constituye una de las principales dificultades en el análisis de los sistemas de salud. Ante la ausencia de un criterio uniforme, los analistas tendrán que considerar, de forma crítica, el conjunto de representaciones y prácticas que expresan aquello que los miembros del grupo entienden por salud.

- **La respuesta social:** Este componente de los sistemas de salud se refiere al conjunto de discursos generados y aplicados por los agentes sociales en cada grupo para resolver aquellas necesidades que consideran relacionadas con la salud. En principio, la respuesta social debería corresponderse con los paradigmas sobre la salud y el sufrimiento predominantes en el grupo; sin embargo, ello no siempre ocurre. En otras palabras, las prácticas sociales no siempre se corresponden con las concepciones explícitas de los discursos vigentes. En la cultura occidental la respuesta social ha sido predominantemente médica y curativa, centrada en las enfermedades orgánicas. En otras culturas, la respuesta social a la vida, la salud y el sufrimiento es más amplia, y se ocupa de las condiciones sociales, ambientales y económicas que influyen sobre el bienestar integral de la comunidad.[16–19]

- **El contexto histórico en que se desarrolla la existencia del grupo:** La vida, la salud y el sufrimiento no ocurren en abstracto. El contexto histórico es un componente esencial de todo sistema de salud, referido a las condiciones materiales y sociales en que transcurre la vida de los grupos, y cuyas propiedades determinan no solamente sus formas particulares de enfermar y morir, sino también la forma como ellos construyen y organizan sus procesos de reproducción social y sus respuestas ante los problemas de salud. [20–22]

Un buen análisis de un sistema de salud debería cubrir integralmente estos tres componentes.

2. Tipos de sistemas de salud

Existen diferentes enfoques para analizar y clasificar los sistemas de salud; los principales se basan en las condiciones socioeconómicas, en el perfil epidemiológico, y en la respuesta social.

2.1. Análisis basados en el modo de producción económica.

Estos enfoques clasifican y analizan los sistemas de salud a partir del modo de producción que predomina en el grupo. Según esta perspectiva, existen sistemas de salud más o menos bien diferenciados que corresponden a las comunidades primitivas, las sociedades esclavistas, el feudalismo, el capitalismo y el socialismo. [23] Los análisis basados en el modo de producción se apoyan en los conceptos del Materialismo histórico, y consideran que las condiciones materiales de existencia del grupo, configuran no solamente las formas de enfermar y morir de sus integrantes, sino también las formas como dichos grupos organizan sus recursos y realizan sus prácticas. Los análisis de los sistemas de salud basados en los modos de producción se interesan por explicar la importancia de las condiciones materiales de existencia como determinantes del proceso salud-enfermedad, y constituyen una perspectiva muy interesante. Sin embargo, no han recibido el sufriente interés por parte del discurso oficial y su discusión en profundidad trasciende los alcances del presente artículo.

2.2. Análisis basados en el perfil epidemiológico.

Estos enfoques, ampliamente difundidos por la literatura desde 1970, analizan los sistemas de salud desde el perfil epidemiológico del grupo.[24–27] Según este paradigma, los sistemas de salud se definen con base en los cambios que experimenta el perfil epidemiológico. Su fundamentación conceptual se apoya en las teorías de la transición demográfica (TD), la transición epidemiológica (TE), y la transición sanitaria (TS).[25,28]

La Teoría de la transición demográfica. Desarrollada desde principios del s. XX, propone que la población mundial viene pasando por diferentes etapas determinadas por el desarrollo tecnológico: un perfil pre-industrial caracterizado por alta mortalidad y natalidad; un perfil industrial caracterizado por un incremento marcado en la población; y un perfil post-industrial marcado por el descenso de la mortalidad y la natalidad. La transición demográfica establece una relación de causalidad entre población, desarrollo y crecimiento demográfico,[29,30] propuesta que algunos autores han criticado como mecánica y lineal.[27,31]

Teoría de la Transición Epidemiológica. Es un modelo conceptual con pretensiones *explicativas y predictivas* desarrollado por Omran con base en la transición demográfica,[32,33] que establece diferentes etapas secuenciales en el perfil epidemiológico de las poblaciones. En el marco de la transición epidemiológica se han descrito múltiples etapas y variaciones que enfatizan la reducción de las enfermedades infecciosas y el surgimiento de las enfermedades crónicas.[27] En términos generales estos modelos se refieren a dos etapas diferentes: El perfil de las infecciosas, predominante en sociedades agrarias y preindustriales, caracterizado por alta fecundidad, alta natalidad, alta mortalidad materna e infantil debida principalmente a enfermedades infecciosas y parasitarias, y baja esperanza de vida. La segunda etapa, predominante en las regiones industrializadas, se caracteriza una disminución en la fecundidad y la natalidad, la baja mortalidad materna e infantil, la reducción en las enfermedades infecciosas, el aumento en la esperanza de vida y la aparición de trastornos crónicos y degenerativos que dichos modelos atribuyen a la edad. Entre ambos perfiles, algunos atores se refieren a perfiles de transición, observados en aquellas regiones donde coexisten ambas condiciones y que suelen interpretarse como "progresos" en el perfil epidemiológico.

Teoría de la Transición en Salud Pública. Con el auge del neoliberalismo, algunos autores retomaron los enfoques de la transición epidemiológica para formular una **Teoría de la Transición en Salud Pública** que incluye no solamente los cambios en el perfil de morbimortlidad sino también los cambios en la gestión sanitaria.[34,35] Según estos autores, la Transición en Salud Pública se caracteriza por una disminución de la mortalidad y un aumento en la morbilidad, debidos al desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas, y un desplazamiento de la carga de la enfermedad hacia los grupos de edad más avanzada. La *Transición en salud pública* incluye una transición de la atención sanitaria (TAS) definida como la transformación que experimentan los patrones intervención en cada región, los cuales van surgiendo de su grado de desarrollo social, económico y tecnológico, definen la asignación de los recursos, y deberían dar respuesta a la transición epidemiológica.[28,36]

Los paradigmas de la transición, en sus diferentes vertientes, han sido objeto de varios cuestionamientos; algunos de ellos de tipo formal pero también de orden epistemológico, ético y político. Entre ellos se destacan: la superficialidad de los modelos de transición para explicar el origen de los cambios en el proceso salud-enfermedad; su desconocimiento de la inequidad y los determinantes de salud; el papel ideológico, conservador y encubridor que, como instrumento político, cumple la noción de transición en los estudios y análisis de la situación de salud; y el efecto legitimador que juega la noción de transición en relación con las reformas sanitarias neoliberales.[27,31,37]

2.3. Análisis basados en la respuesta social.

Estos enfoques analizan los sistemas de salud desde la perspectiva de los modelos organizativos predominantes en cada grupo, considerando que dichos modelos surgen en contextos políticos y reflejan los intereses predominantes en el grupo.[438] La respuesta social comprende las diferentes interacciones, prácticas y dispositivos organizativos desarrollados al interior del grupo para enfrentar sus necesidades. Aunque estrictamente la respuesta social es sólo uno de los componentes del sistema de salud, su desarrollo suele responder a contextos históricos específicos, y su análisis permite reconstruir los discursos y demás aparatos ideológicos que los soportan. La literatura no da cuenta de estos modelos de forma sistemática y comparativa; pero algunos de ellos, como los sistemas de seguridad social y los sistemas estatales, han sido descritos ampliamente desde su apariencia formal.

3. Sistemas populares.

Son los sistemas de salud más antiguos del mundo y los más extendidos. Existen desde la comunidad primitiva y se encuentran en todas las regiones. Son sistemas sociales de respuesta que surgen de la autogestión de las familias y comunidades frente a sus propias necesidades y problemas. Íntimamente ligadas a la supervivencia, la producción y reproducción social, y los retos que va imponiendo la existencia, los sistemas populares recogen los saberes y experiencias del grupo y forman parte de la vida cotidiana. Estos sistemas se manifiestan en las acciones de los curanderos y las parteras; las formas de medicina tradicional; las acciones de la comunidad en caso de incendios, terremotos o catástrofes naturales; el apoyo que las comunidades expuestas al conflicto brindan a las víctimas; y el cuidado que las madres brindan a sus hijos en los hogares.

Contexto. Estos sistemas se desarrollan en múltiples contextos históricos; particularmente en grupos unidos por vínculos sociales fuertes; que se comportan también como sistemas políticos con frecuencia complejos, cuya naturaleza social y política debería ser objeto de análisis. Al respecto sería importante superar los enfoques idealizados que consideran las comunidades como sistemas siempre armónicos, homogéneos y autogestionados. Los sistemas populares tuvieron un especial desarrollo en la antigüedad y siguen siendo el modelo predominante en comunidades que han logrado escapar a la influencia de la colonización occidental. Sin embargo, sus rasgos y prácticas persisten en sociedades autodenominadas “civilizadas”, donde coexisten con otros sistemas. Pese a su utilidad para el grupo, especialmente para quienes no tienen acceso a otros modelos de respuesta, a lo largo de la historia los sistemas populares han entrado en conflicto con los sistemas oficiales, los cuales han perseguido, estigmatizado y reprimido sus prácticas. En la actualidad, los sistemas populares suelen enfrentarse al bloqueo de aquellas éticas individualistas que han hecho de la respuesta social un negocio lucrativo. Los sistemas populares se debilitan al paso que crece la urbanización, se expanden los patrones individualistas y se desintegran los tejidos sociales. Pero en varias regiones del mundo las

respuestas populares tienden fortalecerse, en la medida en que fracasan otros sistemas formales de apoyo.

Objeto de atención: Los sistemas populares se organizan alrededor de necesidades humanas de diferente índole: supervivencia, protección, comunicación, identidad, entendimiento y afecto, entre otras. Dichas necesidades son experimentadas por la población a partir de sus condiciones materiales de existencia; son expresadas por el grupo en su propio lenguaje; y no se limitan a la enfermedad orgánica. A diferencia de los paradigmas científicos sometidos a las reglas del método, el saber popular responde a racionalidades complejas que, en términos generales, reflejan las experiencias humanas de forma más amplia. Ello no implica, sin embargo, que los sistemas populares escapen al poder regulador de los discursos, ni que reciban la influencia de los paradigmas oficiales predominantes en cada momento histórico. Desarrollados al impulso de las expectativas y fuerzas predominantes en el grupo, los saberes y prácticas de los sistema populares se comportan como dispositivos políticos, cuyos intereses y valores pueden facilitar la comprensión de sus objetos de interés prioritarios.[39]

Agentes: En los sistemas populares, el agente que responde a la necesidad suele ser un miembro de la comunidad que suele asumir la intervención como parte del rol que le corresponde en el grupo en función de su sexo, edad o posición. La participación de los agentes sociales en el cuidado de los demás no ocurre de forma arbitraria; las prácticas de cuidado corresponden a patrones de interacción que varían de un grupo a otro y configuran normas sociales de comportamiento. Dichos patrones pueden ser relativamente flexibles: cuando muere una madre, o se ausenta el cuidador del enfermo, la atención puede ser asumida por alguien que cumpla funciones similares. El cuidado se comporta como un mecanismo regulador de la convivencia y en tal sentido como dispositivo de poder; por tal razón, cuando la noción o la práctica de cuidado amenaza los intereses de agentes pertenecientes a las élites suele enfrentar la descalificación, el rechazo y la sanción del sistema político. La resistencia de nuestros sistemas formales a las manifestaciones de saber popular, la medicina tradicional, y la "automedicación" considerada como siempre irracional, podrían ilustrar este conflicto.

Intervenciones: Mas que acciones técnicas, la respuesta de los sistemas populares se configura a partir de interacciones solidarias entre las personas necesitadas y quienes les prestan la ayuda. La interacción entre quien requiere ayuda y quien la presta se considera un componente esencial de las normas sociales de convivencia y en tal sentido como reglas de interacción social, las cuales definen qué debe y no debe hacerse. En ocasiones, la intervención configura un oficio que demanda cierta destreza, pero que por sí mismo no constituye un empleo (la partera no vive de su oficio). Las intervenciones de los sistemas populares son muy flexibles y creativas, y su desempeño no responde a los estándares de procesos industrializados, sino a las condiciones propias y cambiantes de las personas que requieren la ayuda y a la estructura de los patrones sociales de interacción.

Fundamentación. El componente lógico de las tecnologías aplicadas por estos sistemas se suela apoyarse en un saber popular de transmisión generacional; y su componente físico se compone de materiales y recursos físicos que las comunidades obtienen de sus entornos. Comparada con otras aplicaciones del conocimiento científico, las tecnologías utilizadas por los sistemas populares podrían considerarse relativamente "simples" en sus requerimientos; sin embargo, las implicaciones de esta afirmación deben valorarse de forma cuidadosa. Por una parte, es necesario reconocer que la complejidad de muchos problemas sociales, entre ellos enfermedades graves, puede escapar al alcance de los sistemas populares. Pero, por otra parte, la respuesta social de las comunidades suele contribuir a la solución de problemas complejos que los sistemas formales son incapaces de modificar.[40,41]

Financiación. Las intervenciones desarrolladas por los sistemas populares pueden demandar un gran esfuerzo por parte de los agentes, a expensas de costos directos, indirectos y oportunidades perdidas. Dichos costos suelen ser cubiertos por las mismas comunidades, pues la intervención es con frecuencia "gratuita" para quien recibe la ayuda. A pesar de la dificultad de definir su monto, el costo de los sistemas populares puede ser particularmente alto; la atención que brindan los cuidadores domiciliarios a sus familiares con discapacidad crónica y severa, podría ilustrar esta situación. Algunas veces los beneficiados pueden retribuir en especie a sus benefactores, sin embargo, esta actividad puede corresponder más a un gesto de gratitud que a un pago propiamente dicho.

Cobertura. La cobertura de los sistemas populares es amplia, pues cubre las necesidades de la población desde muchos hogares y vecindarios del mundo. La cobertura de los sistemas populares puede considerarse también más integral, en la medida en que enfrenta múltiples necesidades de forma sinérgica.

Impacto. El impacto de estos sistemas ha sido muy variable; depende de las características del tejido social y de las problemáticas vigentes. Durante mucho tiempo y en varias regiones del mundo, los sistemas populares han sido y siguen siendo el único recurso con que cuentan muchos individuos y grupos. Adicionalmente, su alcance va más allá de curar enfermedades; contribuyen a la armonía del grupo y fortalecen el tejido social. Por otra parte, aunque la efectividad de estos sistemas frente a problemas complejos puede ser limitada, el saber popular incorpora permanentemente conocimientos y tecnologías que permiten a las comunidades mejorar la identificación y solución de sus problemas, y fortalecer su autogestión. Desde este punto de vista, la contribución de los sistemas populares a la supervivencia y el bienestar de la humanidad no solo ha sido desestimada sino también oscurecida por la historia oficial.

Sistemas de beneficencia.

Son sistemas de respuesta social generados y apoyados por los grupos económicos que han concentrado la riqueza, con el fin de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo y amortiguar los conflictos sociales, mediante donación parcial de sus excedentes.

Contexto: Estos sistemas tuvieron un notable desarrollo en sociedades agrícolas preindustriales, como Europa durante la Edad Media, donde se apoyaron en las creencias y prácticas de las comunidades religiosas. En el imaginario medioeval los reyes no se consideraban responsables de las necesidades de sus súbditos; ni de construir hospitales, escuelas o servicios para los más necesitados. Los campesinos y siervos de la gleba generaban la riqueza para la nobleza y el clero; sin embargo, según la ideología vigente, su protección se asignaba a las instituciones religiosas, en seguimiento de los preceptos de la caridad cristiana. Las instituciones de beneficencia se financiaban con limosnas y legados que donaban los hacendados, las personas más ricas y las mismas comunidades. Los donativos se usaron no solamente para crear hospitales, sino también orfanatos, ancianatos, manicomios y lazaretos… Aunque esta era la regla general, algunos monarcas y señores feudales reconocieron que la precariedad de la población era un peligro potencial para la productividad y seguridad de sus dominios, y optaron por apoyar los sistemas de beneficencia de las parroquias y comunidades religiosas, con limosnas y legados que provenían de la buena voluntad del gobernante. De esta manera se aseguraba la reproducción de la fuerza de trabajo en los campos. En América Latina, los sistemas de beneficencia fueron instalados por los conquistadores europeos, y predominaron durante la colonia hasta bien entrado el siglo XX. Durante cerca de 500 años la el cuidado sanitario de la población latinoamericana solo contaba con los sistemas populares y de beneficencia.

Objeto. En el contexto de las sociedades preindustriales, los sistemas de beneficencia centraron sus acciones en la población de trabajadores y pobres sin capacidad de pago, a quienes atendían de forma gratuita. Inicialmente, en la Europa medieval, las instituciones de beneficencia formulaban las necesidades de los usuarios en términos éticos y religiosos (resignación, purificación, redención y paciencia…). Desde la concepción mítico religiosa predominante, que interpretaba la enfermedad como una prueba divina, la función de los cuidadores se centraba en salvar almas y ayudar a los individuos a tolerar y superar las pruebas de la enfermedad. En este contexto los enfermos fueron llamados “pacientes”, nombre que conservan hasta hoy. Sin embargo, más allá de su apariencia formal de tipo altruista, la función de la beneficencia fue asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo en las sociedades agrarias preindustriales. En el caso de la salud, las acciones se concentraron en los problemas orgánicos prevalentes entre los pobres, tales como las enfermedades transmisibles predominantes (diarrea, infecciones respiratorias, tuberculosis y lepra), y en los problemas materno-infantiles de la población trabajadora, con lo cual se aseguraba el mantenimiento de un ejército laboral de reserva. En cambio, se desestimaron los problemas ambientales, y los servicios sociales se fragmentaron entre diferentes agencias.

Agentes. Por su origen y su ideología de base, los sistemas de beneficencia fueron administrados por comunidades religiosas o grupos laicos inspirados en los principios altruistas del cristianismo. Inicialmente, los agentes responsables de la respuesta social eran voluntarios, monjes y clérigos, motivados por un ideario religioso que privilegiaba la asistencia espiritual más que la atención de los problemas orgánicos. En este contexto la beneficencia desarrollo la figura de los hospitales de caridad atendidos por personal religioso. Al pasar el tiempo, y debido a la complejidad de las demandas de la población, las parroquias y comunidades religiosas que administraban hospitales de beneficencia debieron contratar personal laico experto en el cuidado del enfermo. Pero los agentes laicos (médicos y auxiliares) que se incorporan al hospital ya no actuaban como voluntarios, sino como empleados, cuyo salario debía ser cubierto por la institución con cargo a sus fuentes de financiación.

Fundamentación. La ideología cristiana constituyó uno de los dispositivos políticos más poderosos aplicados por el sistema feudal europeo. Formalmente, los servicios de beneficencia pretendían ajustarse a las obras de misericordia y a los valores caridad y amor al prójimo promovidas por el cristianismo oficial. Muchas personas de la época, especialmente las más pobres, se beneficiaron de estas prácticas. Con el tiempo, las instituciones benéficas fueron recibiendo la influencia de la ciencia moderna. A partir del s. XVIII los hospitales de beneficencia se tecnificaron e incorporaron el conocimiento científico y las disciplinas de su época; sus agentes se profesionalizaron, y adoptaron el conocimiento médico clínico como paradigma predominante. [42,43] La medicalización de los hospitales de beneficencia marcará el desarrollo posterior del cuidado a la salud hasta hoy.

Financiación y servicios. El desempeño de las instituciones de beneficencia procedía básicamente de legados, limosnas y donaciones, fuentes que resultaron incapaces de cubrir las demandas de la fuerza de trabajo y la población más pobre. En la mayoría de los países, los donativos de las élites y de los gobiernos fueron insuficientes frente a las demandas crecientes de una población trabajadora en aumento; las camas escaseaban y a veces eran compartidas por enfermos con diferentes patologías; los cuidados se centraban en los momentos de crisis, y los pacientes hospitalizados se daban de alta lo más pronto posible, sin que se previeran las recaídas ni el curso posterior de la enfermedad, pues la intencionalidad altruista de cuidar al enfermo y devolverlo rápidamente al trabajo predominaba sobre la efectividad del tratamiento a largo plazo. Estas condiciones explican, al menos parcialmente, por qué no hubo en los servicios de beneficencia un interés sistemático por la calidad.

Impacto. El desarrollo tecnológico de los sistemas de beneficencia fue muy variable, y en cada región dependió de los recursos disponibles; en funcionaron en condiciones precarias, pero en algunas ciudades, hospitales de beneficencia que recibían el apoyo de las élites, se convirtieron en centros altamente desarrollados y tecnificados para su época. A mediados del s. XIX los hospitales de beneficencia experimentaron las presiones de la industrialización, de la urbanización acelerada, del aumento de la población pobre sin

protección, y del desarrollo de la cultura laica. En la medida en que avanzaba el capitalismo, la pobreza se veía más como un *vicio* asociado con la falta de responsabilidad en el trabajo y con la debilidad moral de quienes pedían ayuda. De acuerdo con esta nueva interpretación, las ayudas indiscriminadas a los pobres debían desmontarse porque "estimulaban la pereza". Cuando aparecieron las sociedades postindustriales, la financiación de los sistemas de caridad ya no resultaba ideológica ni económicamente atractiva para las clases que concentraban la riqueza, y los sistemas de beneficencia colapsaron.[4] En los países capitalistas, los sistemas de beneficencia que respondían a las condiciones de una sociedad agraria fueron desplazados progresivamente por sistemas de seguridad social que asumieron la protección y reproducción de los obreros requeridos por la revolución industrial.

En Colombia la crisis de los sistemas de beneficencia se hizo evidente a mediados de 1960. Sin embargo, durante los casi cuatro siglos que duró su aplicación, estos sistemas jugaron un papel muy importante en el control de las enfermedades prevalentes entre los pobres, y constituyeron para grandes grupos de la población, la única alternativa disponible distinta a los sistemas populares. En 1975, el Gobierno de López Michelsen mediante el decreto 056 reglamentó el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuya normatividad ofrecía a los hospitales de beneficencia la opción de unirse al modelo oficial con el compromiso de cumplir todas las normas del Ministerio, con lo cual podrían recibir financiación estatal periódicamente para cubrir su nómina y sus gastos de operación. La mayoría de los hospitales de beneficencia del país aceptaron la oferta, recibieron el nombre de entidades vinculadas al SNS, y siguieron funcionando en las localidades como parte del sistema único de salud. En 1990 la Ley 10, y posteriormente la Ley 100 de 1993, obligaron a las instituciones de salud a facturar sus servicios como condición para recibir aportes estatales. Como consecuencia de la desintegración del Sistema Nacional de Salud y la privatización de los servicios públicos, los hospitales de beneficencia debieron entonces decidir entre liquidarse y convertirse en entidades estatales, o privatizarse y vender servicios como empresas privadas.

4. Sistemas de seguridad social.

Son sistemas de respuesta social que reflejan el interés del capitalismo industrial por proteger la productividad de la fuerza de trabajo obrera, y asegurar el desarrollo de los mercados.

Contexto. Los sistemas de seguridad social tuvieron su inicio formal en el s. XIX en Prusia (hoy Alemania), bajo el gobierno del Canciller Otto von Bismarck (1815-1898). Este período fue particularmente conflictivo en Europa. La revolución industrial había concentrado rápidamente la riqueza, pero aumentó las enfermedades, lesiones y defunciones entre las familias de los obreros, dejando a su paso una epidemia de enfermos, huérfanos y viudas. Adicionalmente, y debido a la concentración de la riqueza y los

avances tecnológicos de la revolución industrial, los países europeos se enfrentaron a un exceso de producción, y se vieron en la necesidad de buscar compradores para sus mercancías por fuera de sus fronteras. La urgencia de expandir los mercados y asegurar compradores generó profundas rivalidades entre los países industrializados, y la intensificación de esta lucha económica hacía prever la inminencia de una gran guerra internacional. En Prusia, al igual que en las demás potencias europeas, se agitaban diferentes intereses que parecían ir en direcciones opuestas: los industriales y empresarios necesitaban asegurar una mano de obra capaz de mantener la producción; el gobierno imperial requería soldados fuertes que protegieran sus mercados; y los trabajadores, agobiados por los bajos salarios y por las extenuantes jornadas de trabajo, luchaban por sus reivindicaciones desde múltiples frentes; sindicalistas, anarquistas y socialistas presionaban por sus derechos sociales; se había convocado en Londres la primera internacional de los trabajadores de 1864; y Marx y Engels habían publicado su Manifiesto Comunista. El momento histórico era especialmente tenso.

En estas condiciones de profunda polarización y conflicto social, el gobierno del canciller Bismarck, un conservador y defensor de los grupos de derecha, pero un hábil político, logró concertar la voluntad de los empresarios, los trabajadores y el imperio dando lugar a un sistema de financiación tripartita responsable de asegurar al mismo tiempo: la productividad de Alemania; el poderío militar para defender militarmente sus mercados; la protección de la fuerza de trabajo; y la neutralización de las medidas radicales que venían impulsando los obreros.[44,45]

Objeto. La seguridad social asumía que las enfermedades, los accidentes laborales, la incapacidad, la vejez y la muerte temprana de la fuerza de trabajo, reducen la productividad social y amenazan la seguridad del Estado; en tal sentido tanto el Estado como los particulares deben comprometerse en la protección de la fuerza laboral no solamente atendiendo a los enfermos, sino también mitigando los riesgos que afectaban la salud de la fuerza laboral. Posteriormente, el interés de agentes sociales tan diferentes debió reconocer la importancia de proteger a los obreros de expuestos a la vejez y los accidentes de trabajo. Las luchas obreras, por su parte, lograron que la protección se ampliara al desempleo, la incapacidad, la maternidad y la atención médica del cónyuge y los hijos.

Financiación. Según el modelo adoptado en Prusia, la protección de la fuerza de trabajo debía materializarse en un fondo tripartita generado por aportes periódicos de los mismos trabajadores, los empleadores y el Estado; por esta razón, el modelo Bismarkiano de Seguridad Social recibe el nombre de modelo tripartita. Los aportes ingresaban a un fondo que se destinaría exclusivamente a proteger a los trabajadores de los riesgos que afectaran su productividad. Inicialmente la protección se centró en cubrir los gastos de la enfermedad, los accidentes de trabajo, y las pensiones de invalidez y vejez; posteriormente, y como producto de las luchas obreras en cada país, la cobertura se fue extendiendo a los familiares del trabajador y a otras contingencias como la alimentación y la vivienda. El

sistema de protección dividió los usuarios en dos grupos: los directos cotizantes al fondo de protección social, y sus familiares beneficiarios.

Agentes. A diferencia de los sistemas de beneficencia, los servicios que ofrecía la seguridad social no se consideraron una dádiva, sino un derecho de los cotizantes; aunque su costo, en algunas ocasiones, podía ser total o parcialmente cubierto por el fondo. En el mismo sentido, la protección, conservación y recuperación de la fuerza de trabajo constituían también el mayor interés del empleador. Los intereses de ambos grupos ejercieron una fuerte presión sobre los sistemas de seguridad social generando varios desarrollos importantes: los obligaron a tecnificarse; a vincular agentes profesionales altamente capacitados; a desarrollar procedimientos para garantizar la calidad de los servicios; y a diseñar programas preventivos para identificar y minimizar los riesgos. Sin embargo, los sistemas de seguridad social no se preocuparon por modificar condiciones estructurales que en el fondo explicaban muchos de los problemas de salud de los trabajadores; por ejemplo, las condiciones ambientales cuya atención se limitó a reducir los riesgos del ámbito de trabajo; tampoco se preocuparon por enfrentar el origen de las inequidades sociales ni por modificar las relaciones laborales entre obreros y empleadores.[4]

Fundamentación. En el fondo, los Sistemas de Seguridad Social reconocían dos situaciones particularmente innovadoras para su época: Por una parte, que la enfermedad, la incapacidad, la vejez y la muerte temprana de la fuerza de trabajo, reducen la productividad social y amenazan la seguridad del Estado. Como corolario de ello asumían que la salud (por lo menos la salud de la fuerza laboral) es un bien de interés público que debe ser protegido conjuntamente por el Estado, los empleadores y los trabajadores.

Impacto. En el contexto conflictivo de fines del s. XIX, la iniciativa de generar Sistemas de Seguridad Social fue asumida por los países de Europa como la mejor manera de enfrentar los retos de la revolución industrial y las tensiones de los mercados. En los años siguientes varios gobiernos adoptaron modelos similares: Berna (1981), Bruselas (1987), París (1900), Dusseldorf (1902), Viena (1905), Roma (1908), La Haya (1910), Dresde 1912 y Zúrich (1912). En 1889 se creó en París la "Asociación Internacional de Seguros Sociales". En 1919, el Tratado de Versalles, que puso fin a la Primera Guerra Mundial, creó la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y en 1948, la Seguridad Social se incorporó a la Declaración de los Derechos Humanos. En Colombia, la seguridad social comenzó a desarrollarse varias décadas más tarde, a fines de los 40. En 1945, la Ley 6 creó la Caja Nacional de Previsión Social- Cajanal adscrita al Ministerio de Trabajo, para prestar seguridad social en favor de los empleados del sector público en dos frentes primordiales: por una parte, el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, y por otra, la atención médico asistencial para el cotizante y sus beneficiarios. En el mismo año la Ley 90 creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales para trabajadores del sector privado.

Desde mediados de los años 80 los sistemas de seguridad social tienden industrializarse y a fortalecerse, fusionándose con otros sistemas de tipo estatal y privado. Debido a que en la

mayoría de los países las cotizaciones suelen representar un monto considerable de dinero, la seguridad social se han vuelto un negocio muy atractivo para el sector privado; por tal razón, la privatización de los sistemas de seguridad social se ha convertido en uno de los objetivos centrales de las políticas neoliberales.[44,46–48]

5. Sistemas estatales de salud.

Los sistemas estatales de salud son un tipo particular de repuesta social a las necesidades de la población, organizada y financiada por el Estado.

Muchas personas tienen la idea errónea de que el Estado ha existido siempre de la misma manera y que siempre se ha preocupado por la salud de la gente. En realidad, los Estados son sistemas políticos muy heterogéneos y cambiantes, y a lo largo de la historia han centrado sus intereses en problemas diferentes. Como veremos en este resumen, la salud no ha sido siempre su prioridad.

Los arqueólogos e historiadores sugieren que algunos gobiernos de la antigüedad habían organizado sistemas de atención sanitaria para sus súbditos. En el s. XXVII a.C., Imhotep, médico, sacerdote y arquitecto del antiguo Egipto, aconsejó al faraón crear un sistema de atención para la población, con curanderos pagados por la comunidad. En el S. XVIII a.C., el Código de Hammurabi (1792-1750 a.C.) reglamentó un sistema de atención con pago directo de honorarios, basado en la naturaleza de los servicios prestados y la capacidad de pago del enfermo.[49] En estados teocráticos como el antiguo Israel, los sacerdotes fueron a la vez médicos, y tenían a su cargo controlar la higiene y defender la población de las epidemias. Durante los sistemas esclavistas, los reyes y emperadores no se preocuparon por organizar sistemas de salud, con excepción de las situaciones de epidemia; en consecuencia, cada persona debía buscar y asumir su tratamiento por su cuenta, mientras la salud de los esclavos estaba a cargo de sus amos, en el marco de sus intereses económicos. Durante la Edad Media los monarcas no se consideraban obligados a responder por la salud de sus súbditos y tampoco organizaron sistemas gubernamentales para atender a los enfermos, cuyo cuidado era asumido por la beneficencia.[4]

En Occidente, la idea de que el Estado debe responder por la salud de la gente, surge realmente con el capitalismo y se desarrolla en cuatro momentos diferentes:

- La salud en los estados absolutistas (s. XVI-XVIII)
- La salud en las democracias liberales (s. XIX)
- La salud en los estados intervencionistas del s. XX
- La salud en los regímenes neoliberales. Desmonte y privatización de los sistemas estatales de salud, desde 1980

5.1. Primera fase: La salud en los estados absolutistas.

Contexto. Entre los s. XVI y XVIII, la expansión del capitalismo fue impregnando la sociedad europea, y los dispositivos tradicionales de control aplicados en el feudalismo se mostraron ineficaces para asegurar la generación de riqueza. Los monarcas reconocieron que gran parte de su esplendor y del poder de sus reinos, dependía del trabajo y de las actividades comerciales de sus súbditos; adicionalmente, las epidemias, agravadas por los procesos de urbanización, no solamente arruinaban el comercio, sino que dejaban a su paso una secuela de fragmentación social, pobreza y debilidad militar que amenazaba la seguridad del reino y dejaba a los propietarios en manos de los invasores. Aunque en bandos diferentes, la preocupación de los monarcas era compartida también por los burgueses y comerciantes porque, desde su perspectiva utilitarista, los cuerpos de las personas eran realmente la base de la producción económica y la fuente de la riqueza. Esta confluencia de intereses dio lugar a un esfuerzo por racionalizar y reorganizar el sistema político, reforzando el poder de la monarquía y admitiendo su capacidad para regular la vida de la gente, por lo menos en aquellos aspectos que protegieran la producción, el comercio y la propiedad privada. Para cumplir con sus funciones, las monarquías desarrollaron varios dispositivos que en su conjunto recibieron el nombre de aparatos de policía. El término "policía" es polisémico, pero en el s. XVIII se entendía como el *buen orden que se observa y guarda en las ciudades y repúblicas, cumpliendo las leyes y ordenanzas establecidas para su mejor gobierno*,[50] es decir, como sinónimo de administración de los asuntos públicos. Este conjunto de dispositivos dará origen a las políticas públicas que se fortalecerán en el s. XX.

Durante el período absolutista, las medidas de policía se centraron en el desarrollo de estrategias para mejorar la productividad de los cuerpos, aumentar los ingresos del Estado y racionalizar sus gastos, pero especialmente en fortalecer las instituciones de vigilancia y control, capacitándolas para ejercer la fuerza bruta cuando el orden de los mercados estuviera en peligro; sus acciones eran diseñadas y coordinadas por los hombres más sabios del reino y contaron también con el respaldo de la burguesía ilustrada en la mayoría de las ciudades.[12] Varios de estos sabios eran médicos de extracción burguesa, quienes impusieron sus enfoques a la policía de entonces.

Fundamentación. Este contexto histórico, caracterizado por el interés en acumular riquezas, dio origen a lo que Foucault denomina "bio-poder". El bio-poder es un conjunto de tecnologías generadas y utilizadas por los sistemas políticos modernos para subyugar y controlar los cuerpos, hacer crecer su número y multiplicar sus capacidades.[5152] El poder sobre la vida y los cuerpos humanos como generadores de riqueza, se materializó de múltiples maneras, que Foucault agrupa en dos dimensiones complementarias:[53]

- La anatomo-política o poder disciplinario: constituida por el conjunto de dispositivos dirigidos a comprender y controlar los cuerpos humanos con el propósito de mejorar su eficiencia individual. Este tipo de dispositivos de control se concentró en la esfera

individual asumiendo los cuerpos como máquinas generadoras de riqueza que debían controlarse y optimizarse. El control de los cuerpos se materializó en varios aparatos complementarios: en primer lugar, en el desarrollo de un tipo de conocimiento capaz de establecer la verdad y la norma; las ciencias modernas respondieron a esta expectativa histórica e impulsaron el rumbo de una "medicina científica" basada en la observación rigurosa, la experimentación y la generación de teorías generales; en este contexto surgieron la medicina clínica, la anatomía y la fisiología. Las monarquías absolutas crearon también una policía médica centrada en vigilar el cumplimiento de la norma y el control de los enfermos y "desviados" que amenacen la productividad y el orden público. En el mismo sentido, fortalecieron los hospitales de beneficencia como centros para controlar los enfermos, y desarrollaron instituciones, como escuelas y fábricas, donde los cuerpos deben aprender (con frecuencia a la fuerza) a producir y trabajar cada vez con mayor eficiencia. Adicionalmente el poder disciplinar estimuló el diseño de instituciones tales como asilos, manicomios y cárceles, para recluir, vigilar y castigar a los sujetos no productivos y "desviados".[51 52 54]

- La bio-política: fue otra dimensión del poder sobre la vida, constituida por un conjunto complementario de dispositivos dirigidos a: comprender y controlar los cuerpos en su conjunto (el cuerpo como especie, la población); sujetar las personas desde dentro, desde sus propios valores y representaciones del mundo; y ajustar el comportamiento de la gente al trabajo y la productividad económica. Los dispositivos colectivos de la bio-política se centraron en asegurar que la sociedad se mantenga dentro de las reglas y el ideario del capitalismo, y en particular en garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo. El aumento de la población no solamente significaba más ingresos fiscales para la monarquía, sino también mayor productividad y mayor riqueza.[55] En tal sentido los gobernantes de la época se interesaron por mejorar su conocimientos sobre la población, impulsando el desarrollo de las estadísticas y la demografía, y aplicando este conocimiento a la comprensión y control de los fenómenos poblacionales; dichos intereses suscitaron la proliferación de estudios sobre la natalidad, la mortalidad, la morbilidad, la longevidad, los matrimonios, la salud, y en particular de aquellas condiciones, como las epidemias, que ponían en peligro el orden de la producción y los negocios. En este contexto van a surgir la salud pública (entendida inicialmente como higiene pública), y la epidemiología clásica. A diferencia de la antigua higiene hipocrática que se refería a la libre decisión de cada persona sobre la mejor manera de mantener el equilibrio y la armonía, la higiene pública que surge en este período se entiende como la obediencia a un conjunto de normas de comportamiento colectivo, de carácter obligatorio, definidas por la autoridad y cuyo cumplimiento es vigilado por el Estado. La bio-política aumenta la efectividad del poder sobre la vida, porque no actúa sobre cada individuo en particular al modo de la anatomo-política, sino que se centra en tecnologías capaces de llegar a la población en su conjunto, como la educación, la información masiva, y el desarrollo de directrices de carácter general definidas por el gobierno de turno. Estos dispositivos políticos surgen con la Modernidad desde las monarquías absolutas; estaban dirigidos a controlar masivamente la población sobre asuntos considerados de interés colectivo, y no como asuntos de interés particular; eran

emitidos por un Estado al que se le reconoce la competencia para regular la vida de la gente; y son el germen de las políticas públicas actuales.

En el fondo, las medidas policivas individuales y colectivas adoptadas por los estados absolutos buscaban garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo mediante un conjunto de directrices estatales dirigidas a asegurar el mejoramiento del desempeño laboral, recuperar la salud de los enfermos, evitar las epidemias y proteger la crianza. Una estrategia particularmente importante usada durante este período consistió en reorganizar y fortalecer la familia nuclear como responsable de garantizar la salud del niño y la reproducción de la fuerza de trabajo. Foucault destaca que tales directrices se apoyaron en el conocimiento médico vigente (familia medicalizada y medicalizadora).[12]

Por su relevancia para la salud pública es importante profundizar un poco más en la "policía médica". Este fue un conjunto de dispositivos para el control social desarrollados desde fines del s. XVII por aquellas sociedades capitalistas que reconocieron el poder regulatorio del Estado sobre el orden público, especialmente Alemania, Austria, Italia, Francia e Inglaterra.[5650] Aunque la aplicación de estos dispositivos era obligatoria, a menudo tenía un rostro paternalista apoyado en la beneficencia, que actuaba tanto sobre los individuos como sobre los grupos. La policía médica de los burgos europeos no se limitaba a mantener la higiene pública; incluía un conjunto de *preceptos definidos y aplicados por las autoridades locales que protegían el orden armónico de los mercados, la propiedad privada y la seguridad de la ciudad; su contenido vigilaba y* regulaba muchos de los comportamientos y condiciones de la vida cotidiana: el matrimonio, la procreación, el embarazo, el parto, la sexualidad, la prostitución, las enfermedades venéreas, la recreación, la nutrición, la vivienda, el vestido, los accidentes, los delitos, las muertes, los registros vitales, los hospitales y la acción de los médicos, entre otros…[50] Inspiradas en el conocimiento médico, las acciones de La policía médica estaban a cargo de agentes armados con la función de controlar varios de los riesgos que amenazaban los mercados y la productividad; sus estrategias incluían la vigilancia sistemática, el saneamiento de las ciudades y la aplicación de sanciones a los infractores. En concepto de Foucault, el desempeño de la policía médica revela la medicalización de las políticas urbanas y la dimensión política de la medicina.[12] La policía médica fue quizá la rama más desarrollada de los aparatos de policía, dispositivo de control que con los años se especializará en áreas específicas.[50] La mayoría de los regímenes europeos adoptaron los fundamentos teóricos y las estrategias de la policía médica de modo diferente, pero en todo caso con el fin de asegurar dos condiciones: a) la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo, y b) un tipo particular de "orden público" que no obstaculizara los negocios.

En relación con la salud, los Estados Absolutistas desarrollaron múltiples acciones que persisten hasta hoy en la base de nuestros sistemas formales de salud:

1. Crearon mecanismos para controlar los cuerpos individuales y los grupos, con el fin de mejorar la productividad económica

2. Crearon sistemas de inspección y registro para conocer, contar y controlar la población (demografía, estadísticas y registros sanitarios). Estos dispositivos de vigilancia y control social fundamentarán el desarrollo de la epidemiología
3. Crearon una policía médica para vigilar y controlar las enfermedades y alteraciones del orden público. Este dispositivo dará origen a la salud pública y a las instituciones de policía en general.
4. Aplicaron normas higiénicas de carácter obligatorio y colectivo.
5. Transformaron los hospicios medioevales en orfanatos, asilos, manicomios y hospitales de beneficencia apoyados parcialmente por el Estado.
6. Concentraron los enfermos en los hospitales bajo la mirada vigilante del médico. La aplicación de técnicas de observación rigurosa a los enfermos hospitalizados, dará origen a la medicina clínica.

Los dispositivos diseñados por el Absolutismo real para asegurar el orden de los mercados y la reproducción de la fuerza de trabajo, dieron origen a la salud pública, que se fue desarrollando como saber disciplinado alrededor de dos dimensiones complementarias: un conjunto de representaciones sociales relativas a la dinámica colectiva de la salud y la enfermedad, y un grupo de tecnologías dirigidas controlar aquellas condiciones orgánicas y mentales que comprometan la producción económica y los mercados. Desde entonces, la salud pública en los países capitalistas ha estado profundamente influenciada por las concepciones utilitaristas, la preocupación por mantener el orden de las democracias liberales, y el fortalecimiento de la medicina clínica como paradigma hegemónico en relación con la salud y el sufrimiento.

5.2. Segunda fase: La salud en los estados leseferistas.

Después de la Revolución francesa, la burguesía que asumió el control político en los Estados capitalistas, abandonó muchos de los planteamientos de los pensadores modernos y se centró en la defensa de las libertades individuales, del orden público, y de los principios utilitaristas propuestos por ideólogos liberales como Locke y Hobbes.[57] La ideología impuesta por los vencedores a partir del s. XIX, es particularmente interesante y compleja, pero podría resumirse en cinco planteamientos:

- Los sujetos son libres y responsables de sí mismos.
- Los derechos individuales, especialmente la libertad de actuar sin restricciones y el derecho a la propiedad, priman sobre los derechos colectivos.
- Las necesidades de las personas son asuntos individuales que cada uno debe resolver en los mercados; la salud, la educación, la nutrición y la protección de sí mismo son asuntos individuales, sometidos solamente a la libre iniciativa de los individuos; en tal

sentido, dichos asuntos corresponden a la esfera privada y no deben ser controlados por el Estado.

- El Estado es un "mal necesario" que debe limitarse a proteger las libertades individuales (especialmente la propiedad privada) y asegurar un orden social armónico, para que los mercados funcionen adecuadamente sin interferir con las libertades de los agentes económicos (laissez faire=dejarlos que actúen);
- En el campo de la salud, el Estado debe centrarse en fortalecer las normas higiénicas (higienismo) y en controlar las epidemias que afectan el orden de los mercados. La atención directa de los enfermos no es su responsabilidad.

En el marco de estos principios la burguesía triunfante reorganizó el sistema político generó una nueva forma de Estado que ha recibido varios nombres, entre ellos Estado liberal, Estado *leseferista, Estado gendarme y Estado Constitucionalista. Este modelo político fortaleció* sus dispositivos de fuerza con la finalidad específica de: controlar los desórdenes, asegurar el dominio militar del comercio con las colonias, y garantizar la propiedad privada. En relación con las necesidades de la población varios de los Estados *leseferistas* siguieron aplicando las estrategias de las Monarquías absolutas sin preocuparse por la creación de servicios públicos, tales como los hospitales; estos servicios seguían siendo administrados desde la beneficencia. Sin embargo, debido a la intensificación del comercio, los regímenes liberales se vieron obligados a fortalecer las normas higiénicas, la vigilancia sanitaria en los puertos y el control de las epidemias, especialmente del cólera, la viruela y la fiebre amarilla.

5.3. Tercera fase: La salud en los estados intervencionistas

Hasta comienzos del s. XX, los países occidentales mostraban una amplia variabilidad en sus sistemas de salud. En casi todos predominaban los sistemas de salud populares; en muchos de ellos, especialmente en los países más pobres y de economía agrícola, como América Latina, persistían también vestigios de sistemas de beneficencia; en los países europeos expuestos a la revolución industrial comenzaban a desarrollarse los sistemas de seguridad social. En casi todos los países existían servicios de salud privados, pero estos eran minoritarios y solamente para las personas que podían pagarlos. Una gran parte de la población solo tenía acceso a los sistemas populares.

Sin embargo, la prestación de servicios asistenciales por parte del Estado era una práctica poco común. Sólo a comienzos del s. XX, los Estados occidentales comenzaron a desarrollar servicios de salud financiados y administrados por el Estado. Como veremos a continuación, estas experiencias surgieron inicialmente en los países socialistas, pero luego fueron adoptados también por los Estados capitalistas.

1. **Sistemas estatales en los países socialistas.** En Rusia, durante la revolución de 1917, los bolcheviques derrocaron el régimen zarista debilitado por la primera guerra

mundial, y crearon un Estado comunista inspirado en los principios socialistas de Lenin. Rápidamente se conformaron consejos (soviets) de campesinos, obreros, soldados y marineros. Después de varias luchas entre facciones revolucionarias, los soviets impusieron varias medidas, entre ellas: la confiscación de las tierras sin indemnización, para redistribuirlas entre los campesinos; el control obrero sobre las fábricas; y una jornada laboral de ocho horas. En 1922 se creó la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas URSS, que se propuso implantar el comunismo en el amplio territorio de la antigua Rusia. Sin embargo, el proceso fue especialmente conflictivo, y no fue hasta 1928 cuando se iniciaron los planes quinquenales centralizados que regularon las actividades económicas, nacionalizaron la tierra, promovieron la industrialización y convirtieron a la URSS en una potencia mundial. A diferencia de los principios liberales adoptados por los países capitalistas, los cuales privilegiaban los derechos individuales a la libertad y la propiedad, los fundamentos del Estado proletario impuesto por la Revolución asumían que los derechos colectivos primaban sobre los demás; el paradigma socialista asumía también que el papel del Estado era asegurar el derecho de los proletarios a beneficiarse de su propio trabajo, a la salud y a la educación.

Considerando que la salud era un derecho de toda la población y una obligación del Estado, el Gobierno revolucionario decidió diseñar un modelo estatal dirigido a atender la salud de la población sin distinciones. La tarea se asignó en 1918 al médico Nikolai Aleksandrovich Semashko (1874-1949) quien diseñó un sistema estatal único regionalizado y organizado por *niveles de complejidad*, compuesto por múltiples instituciones con diferente grado de desarrollo tecnológico y dispersas por todo el territorio, pero estrechamente unidas por una normatividad única, y por mecanismos de referencia y contra referencia. El centro del sistema estaba constituido por un médico de distrito quien actuaba en los niveles más simples y era responsable por la salud de la población en su área. El sistema había previsto que los enfermos de zonas simples y dispersas, fueran derivados a instituciones cada vez más complejas de la red, dependiendo de su necesidad. Los servicios se ofrecían de forma gratuita a toda la población; pero los costos de operación relacionados con la infraestructura, los recursos humanos y los insumos médicos eran financiados con fondos que provenían de los impuestos a la población y demás recursos del Estado.[58–61] Modelos similares fueron adoptados posteriormente por otros países socialistas como China y Cuba.

2. **Sistemas estatales en los países capitalistas.** Durante todo el s. XIX los Estados capitalistas se limitaron a garantizar el orden de los mercados y las libertades individuales. Pero después de la 2ª Guerra Mundial los gobiernos europeos debieron adoptar modelos intervencionistas para superar la crisis económica y social generada por el conflicto. Obligados por la profunda crisis económica y social de la posguerra, y en el marco de las reformas keynesianas que defendían la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo económico y social y sobre las necesidades básicas de la población, varios países capitalistas crearon sistemas estatales de salud para toda la población,

cuyo funcionamiento era financiado a partir de los impuestos, y cuyos servicios se ofrecían gratuitamente a los usuarios. Uno de los más importantes, por su integralidad y solidez, fue el Sistema Estatal inglés, diseñado por el economista y político británico William Beveridge (1879-1963) quien publicó en 1942 su primer informe, donde fundamentaba la elaboración de las políticas de Bienestar del Reino Unido, en beneficio de los trabajadores. El *Informe Beveridge*[62,63] proponía que todo ciudadano en edad laboral debía pagar un conjunto de contribuciones sociales semanales, con el objetivo de financiar ciertas prestaciones en caso de enfermedad, desempleo, jubilación y otras contingencias, con lo cual se podría conjurar la crisis de la guerra y mejorar la productividad económica. Las recomendaciones de Beveridge, que retomaban los fundamentos de los sistemas Bismarkianos de seguridad social, y que coincidían en gran parte con las propuestas de Keynes, fueron adoptadas oficialmente por el gobierno inglés al terminar la guerra.[46–48] Beveridge asumía como prioridad del Estado el desarrollo de una política de pleno empleo, y proponía un modelo basado en cuatro puntos: a) crear un sistema único de seguridad social con cobertura universal, financiado de manera tripartita a través de las contribuciones del Estado, los empleados y los empleadores; b) extender los beneficios sociales a la salud, la educación, la vivienda y la atención especializada a los niños, y otros servicios sociales de carácter asistencial a toda la población; c) crear un servicio nacional de salud responsable de brindar la atención médica gratuita a toda la población (cobertura universal); y d) crear un sistema de asistencia nacional que completara los recursos de la seguridad social, cuando éstos fueran insuficientes. El modelo de Beveridge influyó en el diseño de los sistemas de *bienestar* (wellfare) de otros países capitalistas y en la Declaración de los Derechos humanos de la ONU. A partir de los años 60, algunos países de América Latina pretendieron imitar este modelo, implementando en sus territorios Sistemas Estatales de Salud; pero como su interés central era la financiación militar para defender la propiedad privada y reprimir las protestas sociales, nunca invirtieron lo suficiente en las políticas sociales. A este respecto, varios autores han destacado la profunda contradicción entre dos modelos de organización del Estado: Los *estados de bienestar* (*wellfare state*) centrados en las necesidades básicas insatisfechas de la población, y los *Estados de guerra* (*warfare state*) desarrollados por los sistemas políticos europeos del s. XIX para expandir y defender militarmente sus mercados; durante el siglo XX los Estados de guerra fueron adoptados también por los regímenes Latinoamericanos, los cuales privilegiaban el gasto militar en aparatos represivos.[64–66]

Los Sistemas Estatales de salud de los países socialistas y de los capitalistas, comparten características similares:

- Se orientan a la población general sin distinciones (pretensión universalista).
- Consideran a todas las personas como *usuarios con derecho al servicio*.
- Pretenden la universalidad de la cobertura con servicios básicos, los cuales se ofrecen gratuitamente al usuario en el momento de la demanda.
- Se financian principalmente con base en los impuestos que paga la población, y con otros recursos que son administrados directamente por el Estado.

- Sus servicios configuran una red única, organizada por territorios, con unidad de mando y normas comunes de operación, a través de la cual fluyen los usuarios según la complejidad de sus necesidades.
- Se apoyan en una burocracia estatal responsable de cuatro funciones básicas: a) financiar la operación (movilización de recursos, mancomunación de riesgos, y compra de servicios); b) generar insumos (conocimientos, recursos humanos, productos farmacéuticos, equipo médico y material fungible); c) realizar directamente las intervenciones (salud pública, atención ambulatoria y atención hospitalaria); d) ejercer funciones de rectoría sobre la estructura y el diseño del sistema (elaboración de políticas, supervisión, coordinación, reglamentación, vigilancia y evaluación).[67]
- Entre los sistemas estatales de salud hubo también diferencias importantes. Su desempeño, su impacto y sus coberturas fueron muy variables. En los países con baja inversión, como los de América Latina, su desempeño en general fue pobre y sus coberturas bajas, aún en inmunizaciones. En países con alta inversión en políticas sociales su impacto, calidad y coberturas fueron relativamente altas, aún en servicios de alto costo.

- **Cuarta fase: la privatización de los sistemas estatales en el Neoliberalismo**

A partir de los años 80, la recuperación del capitalismo, la acelerada concentración de la riqueza y la concentración del poder en algunos grupos económicos, generó una vuelta al modelo liberal clásico. Promovido por el Consenso de Washington, particularmente por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, el neoliberalismo impulsó el debilitamiento y descentralización de los Estados intervencionistas y la privatización de los bienes y servicios públicos. En seguimiento de estas directrices, los Sistemas Estatales de Salud de América Latina se desmontaron y sus servicios se entregaron al sector privado. En los casos extremos, como los que adoptaron Colombia y Chile, el derecho a la salud dejó de fundamentarse en las relaciones entre el ciudadano y el Estado; se limitó al contenido de los contratos de aseguramiento suscritos con empresas privadas; y sus beneficios se limitaron a paquetes de servicios previamente definidos y organizados como mercancías transables en mercados competitivos y débilmente regulados.[21,22,68]

Uno de los casos paradigmáticos, propuestos por el Banco Mundial como el ejemplo a seguir, es el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, adoptado mediante la Ley 100 de 1993. Dicho sistema puso en práctica varias medidas complementarias:[69]

- Desmontó el sistema Estatal de servicios que existía desde 1975.
- Adoptó los principios del comercio y el mercado a la gestión sanitaria, transformando los servicios en mercancías rentables para aseguradores y proveedores.
- Fragmentó la estructura del sistema de salud en tres tipos de actores: a) Entidades administradoras de las cotizaciones y de los paquetes de servicios denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales se convirtieron en el actor política y económicamente dominante; b) Instituciones prestadoras de servicios (hospitales y

centros de atención médica), supeditados a las EPS mediante contratos de venta de servicios; y c) autoridades estatales reguladoras, territorializadas (descentralizadas), desarticuladas, y cada vez más débiles.

- Debilitó el poder de las entidades territoriales sobre sus redes de servicios, las cuales pasaron a manos de las administradoras privadas de las cotizaciones quienes se apropiaron de los servicios rentables mediante mecanismos de integración vertical.
- Fragmentó los procesos de atención sanitaria, dividiendo la población en segmentos según su capacidad de pago, y diferenciando los paquetes de servicios para diferentes grupos (contribuyentes, subsidiados y no asegurados).
- Supeditó el derecho a la salud a la recepción de un paquete restringido de servicios médicos previamente definido según la cotización.
- Desmontó los sistemas de información y planeación del viejo Sistema Nacional de Salud y fortaleció el proceso de facturación.
- Tergiversó el principio de eficiencia, centrándolo en la reducción de costos de operación (contención de costos), lo que a su vez derivó en el desconocimiento de los derechos ciudadanos y un deterioro en la calidad de los servicios.
- Desintegró los sistemas populares, debilitó las instancias de participación comunitaria y desmontó los promotores rurales.
- Fragmentó las redes de servicios, y sustituyó la complementariedad y sinergia del modelo anterior por la competencia entre los proveedores.

6. Sistemas de salud privados.

Los sistemas de salud privados son modelos de respuesta social que reproducen el interés de agentes particulares por obtener utilidad económica a partir de la atención de las necesidades de salud de la población. En estos sistemas, los servicios de salud se consideran mercancías con valor de uso y de cambio.

Contexto. El origen de los sistemas privados es muy antiguo y se remonta a comunidades primitivas. Sin embargo, su fortalecimiento y máximo desarrollo se da con el surgimiento del capitalismo, y especialmente desde 1980 con el auge del neoliberalismo.

Para comprender su estructura y su dinámica es necesario que precisemos el alcance de algunos conceptos utilizados en economía. En esta disciplina, el término “bienes” se aplica a objetos materiales o inmateriales que son apetecibles y valorados favorablemente por las personas por cuanto resuelven alguna necesidad o contribuyen a su bienestar; son ejemplos de bienes un alimento, un teléfono, un servicio médico o una información. El “valor de uso” de un bien se refiere a su utilidad o beneficio; el agua, por ejemplo, tiene múltiples valores de uso: calmar la sed, preparar los alimentos, regar las plantas, facilitar el aseo… Por su parte, el “valor de cambio” o precio, se refiere a la cantidad de un bien que permite intercambiarlo por otro; desde que se inventó la moneda, este aspecto se valora en unidades monetarias y puede variar dependiendo de su disponibilidad o escasez en una región; el

valor de cambio de un vaso de agua puede ser muy bajo donde ésta abunda, o muy alto donde ésta escasea. Una "mercancía" es un bien que tiene valor de uso y valor de cambio, y por eso puede intercambiarse por otros bienes "equivalentes". Aunque en el lenguaje corriente suele hablarse de bienes y de mercancías como si fueran sinónimos, no todos los bienes se comportan como mercancías porque no se pueden intercambiar, o porque no se les puede asignar un precio; ni todas las mercancías, independientemente de su precio, son en sí mismas bienes a menos que las personas las reconozcan como útiles. El término "mercado" se refiere a aquel espacio social donde se intercambian mercancías; los mercados se componen al menos de tres elementos esenciales: una mercancía específica alrededor de la cual se articulan los demás elementos, un grupo de agentes que ofrecen la mercancía (oferta) y un grupo de agentes interesados en adquirirla (demanda). Existen tantos mercados cuantas mercancías podamos imaginar: las bebidas tienen su propio mercado, diferente al mercado de los computadores y distinto al mercado del conocimiento. Para terminar esta breve introducción diremos que la salud es uno de los bienes más preciados para cualquier ser humano; sin embargo, no podemos intercambiarla con otros; en tal sentido *la salud no se comporta como una mercancía*; pero en cambio los servicios de salud, que tienen su propio valor de uso, pueden comportarse como mercancías cuando les asignamos precio y los intercambiamos en los mercados. El atributo esencial de los sistemas de salud privados es que asumen los servicios como mercancías, y administran la salud desde la perspectiva de los mercados de alta rentabilidad.

Objeto: Para los sistemas de salud privados, las necesidades de la gente relacionadas con la salud y la enfermedad configuran un mercado. Los servicios de salud se consideran mercancías que responden al mercado, especialmente en relación con necesidades que atrapan al enfermo en satisfacciones inaplazables (curación) y lo obligan a comprar el servicio; por ello suelen dar más importancia a las enfermedades orgánicas y sus consecuencias.

Agentes: En los sistemas privados, los agentes responsables de prestar los servicios se consideran proveedores quienes, como cualquier comerciante, gozan del derecho incuestionable a prestar libremente sus servicios a quien pueda pagarlos y beneficiarse de sus acciones. Desde la racionalidad de los sistemas privados el interés de los proveedores se centra en la utilidad del negocio, considerando que no se justifican ofrecer el servicio si éste no es rentable. Utilizando el mismo argot económico que se utiliza en otros mercados, los usuarios son llamados "clientes" (cliente es quien puede pagar). Los servicios son comprados por los clientes a proveedores privados o a intermediarios, quienes los ofrecen a precios diferentes de acuerdo con su abundancia o escasez relativa frente a la demanda.

Fundamentos: Según los economistas clásicos, dichas transacciones funcionan bien cuando los mercados son libres y competitivos, y funcionan mal cuando son reguladas. La calidad del servicio («calidad de la mercancía») se considera no solamente un factor de competitividad que permite al proveedor eliminar a los competidores, sino también un derecho del cliente que paga. Los agentes que conforman la oferta deben diferenciarse entre

sí como especialistas en su área, para competir en mejores condiciones por el control de diferentes segmentos de clientes. La gestión de los servicios se industrializa para minimizar los costos de producción y maximizar las utilidades del proveedor. El interés del proveedor por la rentabilidad se impone al desarrollo de las tecnologías y actúa como un imán que atrae otros mercados, como la industria farmacéutica, las tecnologías diagnósticas y los negocios de seguros. La articulación de las innovaciones y tecnologías alrededor de su rentabilidad va conformando un complejo sistema cada vez más fuerte, creciente e interdependiente, constituido por cadenas de intermediarios que compiten por las utilidades, y donde cada uno de ellos persigue su propia cuota de rentabilidad a expensas del servicio.

Coberturas: pocos sistemas de salud ofrecen una gama tan amplia de servicios como los modelos privados. Sin embargo, su acceso se limita a aquellos sectores de la población con capacidad de pago. Por otra parte, los sistemas privados suelen centrarse en acciones de alta rentabilidad económica, desestimando la prestación de servicios de salud que no generen utilidad a corto plazo, aunque dichos servicios sean esenciales para la población. Estos dos elementos deben ser tenidos en cuenta al analizar su desempeño.

Tendencia: En el caso de la salud, los grandes grupos económicos de tipo privado han unificado globalmente sus intereses alrededor de un complejo médico farmacéutico que define las políticas sanitarias, las características de la oferta y los precios de los insumos. En los últimos años los sistemas privados se han expandido por todo el mundo impulsados por las políticas económicas impuestas desde el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y los demás organismos internacionales, con el apoyo de los grupos económicos y las élites locales. La privatización, que atrapa en su gestión los sistemas estatales y de aseguramiento, es un fenómeno particularmente activo promovido desde los grupos financieros internacionales con apoyo de las élites políticas y económicas de los diferentes países. A pesar de su expansión, el impacto de los sistemas privados sobre la salud de la población suele limitarse a los grupos poblacionales con capacidad de pago contribuyendo a la profundización de las inequidades, y en tal sentido sigue siendo objeto de debate. [70 71 72 73]

Reflexiones para continuar el debate.

La salud, la enfermedad y el sufrimiento de los individuos y los grupos no ocurren de forma aleatoria; se van articulando de manera sistémica a lo largo de la historia, determinados por condiciones biológicas, ambientales y sociales. Los sistemas de salud no son solamente modelos de prestación de servicios médicos. Son sistemas sociales donde los seres humanos adelantan su existencia, desarrollan sus potencialidades y experimentan el sufrimiento, bajo la influencia de condiciones políticas que van determinando su estructura y su dinámica. Analizar un sistema de salud consiste en identificar y comprender cómo se desarrolla la vida de los grupos humanos, cómo y por qué mueren y enferman algunos individuos más que otros, y de qué forma interactúan los agentes sociales para enfrentar los retos cotidianos de la existencia.

Referencias

1. Easton, D. *Esquema para el análisis politico: Enfoques sobre Teoria política*. (Amorrortu Editores, 1969).
2. Bertalanffy, L. Von. An outline of general system theory. *Br. J. Philos. Sci.* **1**, 134–165 (1950).
3. Bertalanffy, L. Von. *Teoría general de sistemas*. (1968).
4. Gómez-Arias, R. Gestión de servicios en Salud pública. in *Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Salud Pública* 60–76 (Fondo Editorial de la CIB, 2005).
5. Dubos, R. *El espejismo de la salud: Utopías, progreso y cambio biológico*. (Fondo de Cultura Económica, 1975).
6. Dubos, R. *El hombre en adaptación*. (Fondo de Cultura Económica, 1975).
7. Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*. (Siglo XXI Editores, 1986).
8. Canguilhem, G. La salud, concepto vulgar y problema filosófico (Traducción de Jorge Márquez). *Sociología* **27**, 151–158 (1998).
9. Foucault, M. *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collége de France (1978-1979)*. (Fondo de Cultura Económica, 2007).
10. Foucault, M. Historia de la medicalización. *Educ. Med. Salud* **10**, 152–169 (1976).
11. Foucault, M. *El nacimiento de la clinica. Una arqueología de la mirada médica (1953)*. (Siglo XXI Editores, 2001).
12. Foucault, M. La política de la salud en el siglo XVIII. in *Saber y verdad* 89–106 (La Piqueta, 1991).
13. Parsons, T. Illness and the rol of the physician. in *Personality in nature, society and culture.* 609–617 (Knopf, 1948).
14. Avendaño, O. El buen vivir. Una vía para el desarrollo. *P.* **9**, (2010).
15. Gómez-Arias, R. ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* **36**, 64–102 (2018).
16. Gupta, S. C. Some observations on the practice of social and preventive medicine in ancient India. *Soc. Sci. Med.* **4**, (1970).
17. Pushpangadan, P., Sharma, J. & Kaur, J. Environmental health and hygiene in ancient India: an appraisal. *Anc. Sci. Life* **7**, (1987).
18. Chen, L.-Y. & Yan, S.-Y. [Embodiment of 'harmony' in the concept of well-being of China]. *Zhonghua Yi Shi Za Zhi* **40**, (2010).
19. Kohn, L. Health Maintenance in Ancient China. *Int. J. Med. Sci.* **8**, (2011).
20. Trujillo García, S. Agenciamiento individual y condiciones de vida. *Univ. psychol* (2005).
21. Navarro, V. El deterioro de la situación económica y social mundial en la época neoliberal (1980-2004) y sus consecuencias para la paz,. in *III Encuentro Salamanca sobre la Paz y el Derecho Internacional: Condiciones económicas y sociales y riesgos para la paz internacional.* 1–9 (2004).

22. Laurell, A. C. La salud: de derecho social a mercancía. *Nuevas tendencias y Altern. en el Sect. salud* 11 (1993).

23. Cardona-Osorio, J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Rev. Centroam. Adm. Pública* **12**, (1987).

24. Masciandaro, N. Individuation: This stupidity. *postmedieval a J. Mediev. Cult. Stud.* **1**, 124–131 (2010).

25. Robles, E., Bernabeu, J. & Benavides, F. G. La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Bol Asoc Demogr. Histórica* **14**, 117–144 (1996).

26. Chen, L., Macfarlane, S. & DA, J. Health transition: from research to Policy? *World Heal. Stat Q* **53**, 137–144 (1998).

27. Gómez-Arias, R. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* **19**, 57–74 (2001).

28. Frenk, J. *La salud de la población: Hacia una nueva salud pública.* (FCE, SEP, CONACyT, 2003).

29. Dudley, K. Demographic transition theory. *Popul. Stud. (NY).* **50**, 361–387 (1996).

30. Landry, A. *La revolution demographique: etudes et essais sur les problemes de la population.* (Librairie du Recueil Sirey, 1934).

31. Avilés, L. A. Epidemiology as a discourse: The politics of development institutions in the epidemiologycal profile of El Salvador. *J Epidemiol Community Heal.* **55**, 164–171 (2001).

32. Omran, A. R. The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Heal. Stat Q* **51**, 99–119 (1998).

33. Omran, A. R. The epidemiology transition: A theory of the epidemilogy of population change. *Milbank Mem Fund Q* **49**, 509–538 (1971).

34. Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C. & Lozano, R. Elements for a theory of the health transition. *Heal. Transit. Rev.* **1**, 21–38 (1991).

35. Frenk, J. *et al.* The epidemiological transition in Latin America. *Bol Of. Sanit. Panam.* **111**, 485–496 (1991).

36. Frenk, J. The public/private mix and human resources for health. *Health Policy Plan.* **8**, 315–326 (1993).

37. Philips, D. R. Epidemiological Transition: Implications for Health and Health Care Provision. The Changing Geography of Disease Distributions. *Geogr. Ann.* **76**, 71–89 (1994).

38. Barrenechea, J., Trujillo, E. & Chorny, A. *Implicaciones para la Planificación y Administración de Los Sistemas de Salud: Salud para Todos en el Año 2000*. (Editorial Universidad de Antioquia, 1990).

39. Gómez-Arias, R. Fundamentos epistemológicos de los debates. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* **36**, 30–63 (2018).

40. Jiménez López, E. & Ponce Gómez, G. Cuidando del embarazo: el caso de las parteras Tseltales en Chiapas, México. *Cult. los Cuid. Rev. Enfermería y Humanidades* (2019) doi:10.14198/cuid.2019.53.19.

41. Sundberg, T. *et al.* Evidence-informed integrative care systems-The way forward. *European*

Journal of Integrative Medicine vol. 6 (2014).

42. Laín-Entralgo, P. *Historia Universal de la Medicina. Tomo 1*. (Salvat Editores, 1981).
43. Turnes, A. Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas. 93 (2009).
44. Stefan, G. M. European Welfare State in a Historical Perspective. A Critical Review. *Eur. J. Interdiscip. Stud.* (2015).
45. Van Meerhaeghe, M. Bismarck and the social question. *J. Econ. Stud.* (2006) doi:10.1108/01443580610688448.
46. Or, Z. *et al.* Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Economics, Policy and Law* (2010) doi:10.1017/S1744133110000034.
47. Palier, B. & Bonoli, G. Entre Bismarck et Beveridge «Crises» de la sécunté sociale et politique (s). *Rev. française Sci. Polit.* (1995) doi:10.3406/rfsp.1995.403563.
48. Van Der Zee, J. & Kroneman, M. W. Bismarck or Beveridge: A beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv. Res.* (2007) doi:10.1186/1472-6963-7-94.
49. Preker AS; Hardin A. *The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory*. (2000).
50. Jori, G. La política de la salud en el pensamiento ilustrado español. Principales aportaciones teórica. in *XII Coloquio internacional de Geocrítica.* 29 (2012).
51. Foucault, M. Historia De La Sexualidad I La Voluntad de Saber. *Madrid Siglo XXI* 115 (1976) doi:10.1177/1536504214522011.
52. Foucault, M. *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collége de France (1978-1979)*. (Fondo de Cultura Económica, 2007).
53. Restrepo-Ochoa, D. A. Las políticas públicas en el campo de la salud: dispositivos de biopoder y modos de subjetivación. *Rev. del Inst. Salud Pública la Univ. Veracruzana* 23–31 (2015).
54. Foucault, M. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. *Educació social. Revista d'intervenció sòcioeducativa* (2009). doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
55. Rosen, G. Economic and Social Policy in the Development of Public Health. An Essay in Interpretation. *J. Hist. Med. Allied Sci.* **8**, 406–430 (1953).
56. Rosen, G. *De la policía Médica a la Medicina clínica. Ensayos sobre la historia de la atención en salud*. (Siglo XXI Editores, 1985).
57. Gómez-Arias, R. D. Los sistemas políticos como determinantes de la vida, la salud y el sufrimiento. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* **36**, 7–26 (2018).
58. Jakovljevic, M. (Michael) *et al.* Within the triangle of healthcare legacies: comparing the performance of South-Eastern European health systems. *J. Med. Econ.* (2017) doi:10.1080/13696998.2016.1277228.
59. Sheiman, I. Rocky road from the Semashko to a new health model. *Bull. World Health Organ.* (2013) doi:10.2471/BLT.13.030513.
60. Popovich, L. *et al.* Russian Federation. Health system review. *Health Syst. Transit.* (2011) doi:10.1001/jamainternmed.2014.2227.Health.
61. Silviu, C. Health Systems and the influence of political ideologies. *Manag. Heal.* (2010)

doi:10.5233/mih.2010.0009.

62. Kewley, T. H. The Beveridge Report. *Aust. J. Public Adm.* **4**, 269–272 (1943).
63. Abel-Smith, B. The Beveridge Report: Its origins and outcomes. *Int. Soc. Secur. Rev.* **45**, 5–16 (1992).
64. Eland, I. Warfare State to Welfare State. *Indep. Rev.* **18**, 189–218 (2013).
65. Shilts, W. E. Warfare State: Britain, 1920–1970. By David Edgerton. Cambridge and New York: Cambridge University Press, 2006. *Journal of Economic History* vol. 66 1083–1084 (2006).
66. Villasana, P., RD, G.-A. & DeVos, P. Aproximación crítico–hermenéutica a la noción de bienestar en el marco del neoliberalismo. *Utopía y Prax. Latinoam.* **23**, 148–164 (2018).
67. Preker AS; Hardin A; Trav P. 'Make or buy' decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bull World Heal. Organ* **78**, 779–790 (2000).
68. Navarro, V. Neoliberalismo: sus consecuencias hoy en el mundo. *Temas para el debate* **111**, 62–67 (2004).
69. Gómez-Arias, R. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la Salud en Colombia. *Rev. Debates Univ. Antioquia* **41**, 38–48 (2005).
70. Bator, F. The Anatomy of Market Failure. *Q. J. Econ.* **72**, 351–79 (1958).
71. Atkinson AB; Stiglitz JE. *Lectures on Public Economics*. (McGraw-Hil, 1980).
72. *Health,Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution*. (John Wiley & Sons, 1998).
73. Arrow KW. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am. Econ. Rev.* **53**, 940–73. (1963).