

Sistemas políticos y sistemas de salud en América Latina, en el contexto de gobiernos corporativos y neoliberalismo regional

Political systems and health care systems in Latin America in the context of corporate governments and regional neoliberalism

Ramiro Vélez Rivera, Dora Cardona Rivas, Pedro Enrique Villasana López

Resumen

Este trabajo tiene el propósito de colaborar en la comprensión de los procesos relacionados con las políticas públicas que se fundamentan en las relaciones de mercado y que dan lugar a Sistemas de Salud que desconocen a la Salud como un Derecho Fundamental consagrado en las constituciones y normativas de los países. Para ello, desde un enfoque crítico-hermenéutico, este documento define y analiza los antecedentes del corporativismo en Salud Pública en América Latina, y su relación con el neoliberalismo a la luz de los planteamientos de algunas y algunos referentes teóricos. Se logran evidenciar algunas aristas del papel desempeñado por el corporativismo en la concepción y diseño de las políticas de salud, la organización y reformas a los sistemas de salud, así como mostrar condiciones de posibilidad para la participación social en la construcción de sistemas de salud alternos a la lógica del neoliberalismo.

Palabras clave: Políticas públicas; corporativismo; salud pública; neoliberalismo; sistemas de salud.

Ramiro Vélez Rivera 

Universidad de Antioquia – Colombia. ramirovelezr@yahoo.es

Dora Cardona Rivas 

Universidad Autónoma de Manizales – Colombia. cardonarivas2022@gmail.com

Pedro Enrique Villasana López 

Universidad de Los Lagos – Chile. pedro.villasana@ulagos.cl

<http://doi.org/10.46652/pacha.v4i11.196>

ISSN 2697-3677

Vol. 4 No. 11 mayo-agosto 2023, e230196

Quito, Ecuador

Enviado: mayo 18, 2023

Aceptado: agosto 09, 2023

Publicado: agosto 30, 2023

Publicación Continua

Abstract

This work has the purpose of collaborating in the understanding of the processes related to public policies that are based on market relations and that give rise to Health Systems that ignore Health as a Fundamental Right enshrined in the constitutions and regulations of countries. To do this, from a critical–hermeneutical approach, this document defines and analyzes the background of corporatism in Public Health in Latin America, and its relationship with neoliberalism considering the approaches of some and some theoretical references. It is possible to demonstrate some aspects of the role played by corporatism in the conception and design of health policies, the organization, and reforms of health systems, as well as showing conditions of possibility for social participation in the construction of alternative health systems. to the logic of neoliberalism.

Keywords: Public policies; corporatism; public health; neoliberalism; health systems.

1. Introducción

El corporativismo, es la estrategia diseñada y aplicada por las élites en los Estados de América Latina, para controlar las decisiones de los gobiernos, su prioridad es la privatización de los sistemas de planeación y de decisión para profundizar el poder de los gremios. Los efectos del corporativismo están enfocados a consolidar la relación de las élites con el sector público, a facilitar el ingreso de los gremios privados en las organizaciones públicas y a diseñar las políticas que orientan los temas estratégicos del Estado. Este proceso se puede constatar en América Latina desde mediados del siglo XX hasta el día de hoy, con diferentes matices, pero mostrando regularidades (Villasana, 2022a) que permiten preguntar: ¿existe algún nivel de coordinación continental que pueda ayudar a comprender estas regularidades? Y ¿podemos pensar en la existencia y ejercicio de un gobierno supra regional, a pesar de la “independencia” de los diferentes países?

El esfuerzo por comprender este fenómeno, que además parece replicarse en otras regiones del planeta, requiere una aproximación simultánea a los niveles general y particular de las diversas realidades; que pueda exponer la lógica transnacional que homogeniza estas diversidades nacionales, poniéndolas a su servicio; y éste debe ser el marco para este trabajo. En este documento se realizan consideraciones que sustentan la dependencia de los estados del corporativismo en general, y en aspectos atinentes a la salud pública, los sistemas de salud y su relación con el neoliberalismo. Esto nos hace preguntar ¿cuál es la dinámica de esta lógica corporativa homogeneizadora? Y ¿cuáles han sido los dispositivos aplicados para articular y lograr sus intereses y propósitos?

El objetivo de este trabajo es generar procesos críticos que promuevan discusión y transformaciones orientadas al fortalecimiento del sector público, y alianzas público-privadas compatibles con la comprensión y responsabilidad del Estado con los bienes públicos como la salud por parte de académicos, profesionales de la salud pública, epidemiología y administración pública, poblaciones interesadas y ciudadanos. Intentaremos analizar e interpretar el corporativismo en los sistemas políticos en América Latina, algunos de sus efectos e impactos, así como las relacio-

nes gobierno – corporativismo, y el cómo se expresan en las políticas públicas y los sistemas de salud, para finalmente poner estas manifestaciones del fenómeno en el marco del neoliberalismo y colaborar en su comprensión.

En cuanto al método que seguiremos, se realiza una revisión documental no sistemática de carácter crítico – hermenéutico, de un conjunto de referentes que se han ocupado de la materia, y al mismo tiempo, de un conjunto de políticas públicas que parecen haber facilitado el desarrollo del fenómeno en nuestra América Latina, y que permiten preguntar:

A manera de hipótesis: en materia de sistemas políticos y de salud pública en América Latina, ¿podemos hablar de gobierno corporativo al servicio del neoliberalismo regional?

2. El corporativismo en los sistemas políticos de América Latina

2.1 Corporativismo: componentes y efectos

Los sistemas políticos en América Latina, están articulados al corporativismo a partir de las redes gremiales que condicionan el contenido y funcionamiento de las instituciones y a partir de los gobiernos que tienen el control político y técnico de los niveles que estructuran el sistema político; en este contexto analizar los componentes y los efectos del corporativismo, permite explicar su funcionamiento en los casos especializados de la salud pública y la organización gubernamental, para contrastar el corporativismo derivado de redes de poder gremial, con otros niveles de corporativismo; a este respecto Audelo lo distingue como:

...una forma particular de intermediación de intereses, un modelo institucionalizado de elaboración de políticas públicas, una nueva forma de organización de la economía, un sistema específico de relaciones industriales, un sistema de control capitalista sobre la clase obrera. Lo que aquí nos interesa analizar es el corporativismo visto como una manera específica de intermediación de intereses, teniendo como telón de fondo, a la democracia y las relaciones entre sociedad civil y el Estado. (Audelo, 2005, p. 2)

El corporativismo se refiere a la acción de poder que tienen actores gremiales, privados e internacionales, para diseñar políticas, aplicar modelos y controlar el sector público, el Estado y los gobiernos, con el propósito de poner en juego cálculos políticos que determinan la dirección de los gobiernos y de las decisiones que toman en las áreas estratégicas del Estado y del sistema político regional.

Para consolidar los niveles de poder, el corporativismo pone en juego el diseño institucional, la acción de las élites y los sistemas de coalición de los parlamentos, que, a su vez, representan componentes de su estructura técnica, política y regional, en la línea de las coaliciones. Aguiar afirma que, “la polarización de la política nacional en torno de las posiciones opuestas de clase, comunismo e integralismo, proporcionó al gobierno la oportunidad de forzar un equilibrio a través de un sistema autoritario en coalición con el ejército” (Aguiar, 1968, p. 317).

En el caso del diseño institucional, hacemos referencia a la decisión que tienen los gremios para determinar el contenido y las metodologías que tienen las instituciones para informar a la sociedad cuales son los marcos de acción política, ideológica y jurídica que deberán considerar para relacionarse con el Estado y con los actores del sistema político interno e internacional; en América Latina el diseño institucional condiciona la estabilidad de la democracia y los juegos de la legitimidad política de las cámaras y de la justicia. Para el corporativismo el diseño institucional es el componente que le facilita alcanzar la panorámica y el control de la totalidad de la esfera pública y el control de los detalles de las decisiones que implican los sectores estratégicos de la política, el sector público y el sistema político en América Latina.

La acción de las élites, es el componente del corporativismo que facilita el relacionamiento de los gremios privados con el sector público, luego sus proyecciones se enfocan a consolidar diagramas de poder sectorial en los que los cuerpos técnicos de las élites combinan su decisión privada de controlar los gobiernos de la región con la dimensión pública de promover reformas que sirven de campo de acción para que las élites regionales controlen el poder gubernamental y el poder de los mercados político (Perfecto, 2006). En consecuencia, las élites representan para el corporativismo regional el componente de su estructura técnica y política, que controla las opciones sociales e institucionales que circulan en el sistema político, en el Estado y en el sector público.

Las coaliciones parlamentarias en América Latina, contextualizan la acción del corporativismo, considerando que los congresos y los parlamentarios en la región condicionan sus decisiones a la capacidad de lobbies y al impulso de los favorecimientos que estimulan la aprobación de políticas prioritarias para el corporativismo y no para el Estado; estas coaliciones se traducen en redes de poder que de un lado consolidan la dimensión privada del corporativismo y de otro lado confirman la influencia que tiene el corporativismo sobre los gobiernos al momento de diseñar la agenda y las políticas que terminan por incidir en el funcionamiento de las áreas y los temas fundamentales de la sociedad regional, que incluyen la salud pública, la justicia, la ciencia, la educación y los recursos naturales (Betancur, 2013). La tendencia a la consolidación de las coaliciones parlamentarias permite al corporativismo definir la agenda de los gobiernos para gobernar los bienes públicos por intermedio de políticas y cálculos de poder privado.

El poder del corporativismo en América Latina, reside en la capacidad de control de los sistemas de decisión pública por medio de Control Empresarial Operacional (CEOS) que aplican su calidad de experto en el sector público en cada país de la región y consecuentemente el incremento de su poder está asociado al juego de relacionamientos que inciden en los gobiernos, en la democracia, en la administración de justicia y en el diseño de las políticas del sector salud; sobre este punto Stoessel analiza el caso de la relación entre empresa, corporativismo y gobierno en Ecuador.

El asesoramiento a los empresarios por parte de grandes consorcios económicos y think tanks los sitúa indefectiblemente en una mejor situación para enfrentar cualquier negociación. Incluso medidas que perjudicaron a las cámaras empresariales desde los inicios del gobierno de Rafael Correa como la inconstitucionalidad de volver compulsiva la afiliación de las empresas a las cámaras, no afectaron el cúmulo de capitales (económicos y sociales) de las federaciones empresariales para posicionarse en las negociaciones. (Stoessel, 2020, pp. 151-152)

Los efectos del corporativismo están asociados al diseño de modelos técnicos que justifican la relación del poder privado con las organizaciones públicas, luego el Corporativismo se consolida en el modelo basado en gremios. El diseño y aplicación de modelos, permite al corporativismo en la región, desarrollar políticas y programas que de un lado ponen en disputa los modelos tecnocráticos con los fines del Estado y de otro lado propician la corporativización de las decisiones de política, basada en la activación de los métodos ceocráticos, en los que los técnicos centralizan el poder y se enfocan a la ejecución de tecnologías basadas en la eficacia del sector público y de los gobiernos.

Las demandas ciudadanas sustituidas por la oferta institucional y la transacción de cálculos tecnocráticos, es el efecto del corporativismo que explica la baja intensidad pública de las organizaciones territoriales y locales, en cada país de la región y simultáneamente explica el carácter dominante de los cálculos tecnocráticos en las áreas de la salud, la ciencia y la disposición de los recursos naturales, que se definen por las políticas corporativas.

2.2 Gobierno y corporativismo en América Latina.

El corporativismo en América Latina está asociado a gobiernos que priorizan la dimensión técnica del poder y solo residualmente a planos sociales del sistema político, lo que explica que la acción del corporativismo en cada país de la región se focalice en los modelos que facilitan a los gobiernos diseñar ofertas institucionales basadas en indicadores de eficacia y cobertura, que en el caso de la salud pública relaciona su calidad con el impacto de los indicadores gubernamentales del sector.

En este contexto, el vínculo del corporativismo con los gobiernos está definido por estos factores, que se despliegan por la región con el compromiso de profundizar los modelos y las redes de control tecnocrático sobre los planos fundamentales de la salud pública, la educación, la ciencia y los derechos. Las redes que establecen los gobiernos con los organismos multilaterales en la región es el factor decisivo para que el corporativismo se consolide en cada país considerando que las prácticas tecnocráticas de los gobiernos alcanzan su aplicación luego de su integración con las agendas multilaterales, en la relación del gobierno, el corporativismo y el poder multilateral; observemos lo que indica Luna:

En el terreno de las relaciones entre el gobierno y los empresarios, estos han demandado relaciones técnicas y no políticas. La demanda de una racionalidad técnica ha tenido al menos dos direcciones: por una parte, la condena a las políticas gubernamentales calificadas como populistas y en general referidas a políticas de carácter social; por otra parte, y en términos positivos, se define un modo de relación en la toma de decisiones bajo la fórmula de planeación. (Luna, 1985, p. 31)

La acción de los regímenes políticos en la región para implementar sistemas de coalición para diseñar y controlar la inversión pública, en cada país, es el factor que permite a los gobiernos

priorizar las áreas en las que el corporativismo despliega sus técnicas privadas para la regulación del sector público lo que explica que en el sistema político regional se evidencien planos territoriales marginalizados por la agenda corporativa, en materia de derechos.

La práctica del corporativismo basada en la segmentación de la democracia, para interactuar selectivamente con algunos actores, es el factor que facilita a la acción y la agenda corporativa, escalar a condición de prioridad política, solo los temas que circularán en los tipos de democracia que definen los gremios corporativos en la región, de acuerdo a intereses particulares ya sea electorales, parlamentarios, económicos o de los partidos para informar que solo las agendas que circulan en estos ámbitos son válidas para que la sociedad se relacione con el Estado y con el gobierno, en cada país de la región.

2.3 Efectos del Corporativismo en las políticas de salud pública

Explicar los diseños y aplicativos de las políticas de salud pública en América Latina, implica examinar los niveles del corporativismo que esta tendencia política adoptada por los gobiernos y los métodos de los regímenes políticos de la región propenden por la mediación entre la ciudadanía y los prestadores de los servicios en salud, y desdibujan los acuerdos estatales en materia de los derechos en salud y los derechos civiles sobre los cuales se desarrolla la actividad social en salud pública.

En estos países la tradición republicana es un factor que estructura las prácticas coloniales de ciudadanía, Estado, institución y democracia, justificando el carácter centralizado de los Estados y la concentración de las decisiones administrativas, y restringiendo las opciones políticas de los actores alternativos y territoriales. Las instituciones políticas y constitucionales revelan un sistema político convencional orientado a desplegar por la totalidad de su territorio reglas para el funcionamiento de la democracia normativa. Dichas instituciones registran los tipos de vínculos de la ciudadanía con la sociedad y con el Estado, y aplican legislaciones orientadas a propiciar relaciones de la sociedad con lo público a partir de los mecanismos de representación electoral.

Un factor adicional que caracteriza tal sistema político son las reformas constitucionales dirigidas a legalizar los regímenes económicos, administrativos y políticos, cuya prioridad es profundizar en la dimensión fiscal y burocrática del gobierno, con el propósito de regularizar la administración pública. Estas reformas constitucionales parciales y definitivas proceden de la década de los noventa y cuyos efectos persisten en la organización estatal de la región, están enfocadas a destacar el sistema presidencial y sus métodos de concentración del poder en el diseño de las políticas y su financiación.

Los efectos de estas reformas están asociados a la profundización de la democracia normativa, con el objetivo de garantizar ciudadanías convencionales que invocan derechos y enmarcan la respuesta estatal en jurisprudencias y legislaciones sin contenido social. Igualmente, promueven la segmentación continua de la esfera pública, debilitando los movimientos sociales y los actores

del poder territorial que no son visibles en los procesos de diseño y aplicación de políticas en los temas sensibles de la democracia deliberativa; sobre este punto Cavarozzi, indica que:

Además, las organizaciones sectoriales y los grupos sociales han visto reducir su capacidad de involucrar a sus miembros. Tanto el compromiso de los individuos con relación a las organizaciones como la adhesión a «proyectos» colectivos se han reducido sistemáticamente; este fenómeno puede caracterizarse como de erosión intraorganizacional. Además, se han desorganizado los patrones de interacción entre actores colectivos, en la medida que las reglas, formales e informales, que las gobernaron han ido perdiendo efectividad. (Cavarozzi, 1991, p. 93)

En el contexto de los factores que caracterizan los sistemas políticos en América Latina y en el escenario de sus efectos, afirmaremos que las acciones del corporativismo están enfocadas a su profundización con el propósito de garantizar que los gobiernos y las agendas corporativas controlen los sistemas políticos y correlativamente registren control de los niveles fiscales, de la administración de justicia, parlamentario y de la salud pública.

El corporativismo no solo revela el estrecho vínculo de las políticas de salud pública con las prioridades de los gremios privados, sino también la influencia del corporativismo sobre los sistemas políticos de la región, la cual se materializa en las agendas, los métodos y los actores del corporativismo y termina por gremializar la salud, el Estado y las metodologías constitucionales y sociales en cada país. En tal sentido es importante caracterizar los sistemas políticos y explicar su dependencia de las prácticas corporativas que los gobiernos aplican en cada país.

3. Corporativismo y sistemas de salud

Las reconfiguraciones del Estado en el periodo de las últimas cuatro décadas (en particular en la década de 1980) revelan que las iniciativas de reforma obedecieron a la asistencia técnica de la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID), los análisis de los problemas administrativos por parte del ONU y su expresión en la crisis fiscal, administrativa y burocrática, la legitimidad política del Estado y la acción de la CEPAL, señalando la necesidad de construir sistemas estatales eficientes en contra de los Estados intervencionistas y centralistas (Ramírez-Baracaldo, 2011; Ramírez, 2000), de cuño europeo en los planes de desarrollo llevando a la reconfiguración de los Estados impulsada por el complejo político liberal.

Hacia 1989 se gestan políticas de ajuste estructural, con diez temas de política económica, generadas desde el Consenso de Washington (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, gobierno de Estados Unidos, el comité de la Reserva Federal, y un selecto grupo de intelectuales y tecnócratas de diversas partes del mundo) y que en lo institucional modeló: a) las instituciones políticas y la organización del Estado, b) las instituciones fiscales, tributarias y de descentralización, c) las instituciones de las políticas económicas sectoriales, y d) las instituciones de las políticas sociales (salud, pensiones, sociales, etc.) (Basile, 2021).

Desde entonces la tendencia es al achicamiento del Estado y su rol, las privatizaciones y la total apertura de las economías, el fortalecimiento de los actores privados, la total desregulación de la economía y de las leyes sociales y laborales (Franco-Giraldo, 2014). Las etapas siguientes se caracterizan por la influencia de las coyunturas económica, política y social favorables a los recortes de gastos públicos, a la contención de costos, a cambios en la estructura de poder sectorial y a la reorganización de servicios de salud bajo una perspectiva economicista, pragmática y restrictiva, dando lugar a modelos que fueron divulgados como nuevos paradigmas de reestructuración de los sistemas de servicios de salud los cuales entregan las pensiones a la capitalización individual de los bancos (caso Chile, República Dominicana o El Salvador), la salud al complejo médico industrial farmacéutico-financiero y las protecciones sociales a las aseguradoras de riesgo. Este proceso cuestionó el derecho a la salud como un derecho humano o un beneficio social, orientó 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, aplicando a la salud los concepto de mercado y de utilidad formulados por la economía que condujo el aumento de los niveles de desigualdad en las dos últimas décadas (Vargas, 2002).

Escribe Erhman (s.f., p. 13) que el resultado de las reformas fue derivar hacia la sociedad funciones hasta entonces ejercidas por parte del Estado, con la consiguiente entrega de recursos económicos hacia las organizaciones sociales y empresariales, esto es, a grupos distintos del gobierno y los partidos políticos, que pretenden o influyen en la política pública, actuando de manera silenciosa o en supuesta representación de la sociedad civil (Gómez Lobo, 1996; citado por Gómez, 2005). El protagonismo de las organizaciones/grupos se ve fortalecido por el desprestigio de los partidos políticos tradicionales y la irrupción de agentes de los empresarios, los gremios y los conglomerados económicos en tanto son formaciones nacidas del debate por los bienes públicos entre diferentes actores, y las influencias multilaterales externas.

Lo anterior obedeció a la perspectiva adoptada en la nueva protección social (Sistema de pensiones y capitalización individual, Sistema de aseguramiento en Salud y Prestaciones sociales y Prestaciones sociales según perfil de riesgo, focalización y vulnerabilidad, denominados Triqueta de falacias de la nueva protección y seguridad social) y la nueva gestión pública donde quedaron enmarcados los sistemas de salud y sus reformas (Almeida, 2002). El Estado delimitó una nueva institucionalidad y gobernanza donde no hay fronteras entre la esfera de lo público y lo privado. La esfera de lo público, que es mucho más allá de lo estatal, es el espacio de los asuntos comunes, colectivos y universales para la vida.

En este contexto la lucha por el control de la salud en América Latina dio lugar a sistemas fragmentados que emergen del debate por la apropiación de los bienes públicos entre diferentes actores y las agencias multilaterales externas, propiciando que los sistemas de salud fueran organizados con incentivos de mercado, sin que pueda esperarse que los actores obren por fuera de estas reglas, porque su cumplimiento es lo que concreta la supervivencia de tales organizaciones (Goyeneche, 2020). Los sistemas de salud y el Estado acumulan cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales, actores económico-financieros y el

complejo político liberal para lograr el desarrollo del capitalismo o la expansión de mercados de coberturas financieras y bienes privados, a través de un proceso de colonialidad sanitaria, como ilustra Basile (2020).

Basile señala que las reformas de los sistemas sanitarios en Latinoamérica y Caribe tuvieron y tienen que ver con la expansión de una teoría dominante definida como pluralismo estructurado de Londoño y Frenk, que fue fundada en Chile con el desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud en el año 1981 y la expansión del aseguramiento con la creación de las aseguradoras privadas que pertenecen en su mayoría al sistema financiero y posteriormente mejorado en el caso de Colombia en 1993. En México, en 2004 se lanza el Sistema de Protección Social en Salud con la creación del Seguro Popular de Salud (SPS) que debilitó y fragilizó la salud pública con subsidio a la demanda y fragmentación en paquetes mínimos de servicios; en 2001 en República Dominicana se creó el sistema dominicano de seguridad social (Ley 87-01, 2001), Para el Sistema de salud de Honduras, Paraguay y Haití se propuso llevar el ejemplo del seguro integral de salud para pobres, la expansión de coberturas para pobres con la atención primaria de salud (APS); en Argentina entre 2002-2015, el Banco Mundial apoyo la implantación del convenio CUS (Cobertura Universal de Salud) y la unificación de los subsectores del sistema sanitario en un “Sistema Nacional Integrado de Salud- SNIS” (Banco Mundial, 2016).

El proceso de incorporación de la CUS para poner en vigencia las reformas de mercados (des) regulados en los sistemas de salud incluye, según Basile, la refrendación a través de reuniones que se dan desde el año 2012 en Beijing a través de la inclusión de la CUS impulsada por el Banco Mundial en China, por la Fundación Rockefeller en Bellagio (Italia), por el Foro Económico Mundial de Davos (2013) que propone promover la CUS y finalmente el 24 de septiembre del 2013 en la asamblea general de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud(OMS) lanzando el reporte de “Cobertura Universal de Salud”. En América Latina y Caribe, luego de una serie de consultas regionales junto al BM y Rockefeller, todas las representaciones, incluyendo Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, Uruguay, El Salvador, Bolivia y Venezuela, aprobaron sin observaciones la iniciativa CUS (OPS CD53/R14, 2014). Recientemente, en septiembre del 2019 en la Reunión de Alto Nivel sobre CUS organizado por la Universal Health Coverage Partnership (UHC2030), se volvió a relanzar un pacto global que había sido refrendado en 2013 con la participación protagónica del Core Action Group, donde están las corporaciones farmacéuticas, los grupos proveedores de insumos y tecnologías médicas, las aseguradoras, y otras corporaciones privadas.

Continúa Basile señalando que a través de esta dinámica geopolítica de poder de los actores, corporaciones y organismos internacionales del Norte global se transforma la universalización de derechos sociales y bienes públicos por una universalización de modalidades de cobertura sanitaria que por principio tiene la diferenciación (desigualdad) y la expansión de mercados de coberturas en la direccionalidad de la financiarización y creación de nichos de privatización en los sistemas de salud (Basile, 2021).

Las iniciativas CUS apoyadas en la expansión de sistemas de aseguramiento o seguros:

- Buscaron la fragmentación, no por un error de diseño, sino para dividir a prestadores de servicios, aseguradoras e intermediarios, a los usuarios/poblaciones, para crear competencia y nichos de mercados.
- Segmentaron las sociedades entre asegurados “pobres”, asegurados “medio-ricos”.
- Permitieron al sector privado y financiero en la región (bancos y aseguradoras) comprender que la expansión de las coberturas financieras tenía un límite para su crecimiento: un máximo del 15 al 20% de la población total en la región. Por obvias razones de ingresos y desigualdad distributiva no podría crecer más allá un mercado de seguros privados de pago de bolsillo. Para expandir los mercados de coberturas necesitaban desregular y administrar fondos del Estado (financiamiento público y coberturas diferenciales público-privadas), incluso para quedarse con coberturas mixtas para el mercado de trabajo informal.
- Produjeron el debilitamiento de la soberanía sanitaria pública, implosionando cualquier fortalecimiento de la capacidad estatal como garante de derechos y proveedor de bienes públicos. África luego de décadas de cooperación “al desarrollo”, lo único que desarrolló fue más dependencia a una industria de la ayuda al “desarrollo” según De la Flor, 2008, citada por Basile (2020).

Señala Brown (2017), citada por Basile que:

...a través de las leyes, marcos regulatorios, estructuras, que expanden la razón jurídico institucional neoliberal, se pone por encima de los intereses y necesidades colectivas, comunes y universales sociales, económicas y ciudadanas. Las corporaciones y los mercados se toman el derecho a decidir, al igual que la sociedad, en una competencia donde prima el que más poder tiene. (Basile, 2021, p. 6)

Y es aquí el escenario en el que el poder de las agremiaciones y demás implicadas en los servicios de atención a la salud se hace sentir más particularmente porque alude directamente a dramas humanos de alta sensibilidad (Cortés, 2003) impulsando sistemas que son procesos mediadores de la determinación de la salud de las sociedades. Y es que lo esencial del corporativismo consiste en que o bien el Estado manipula a las organizaciones en función de los intereses estatales, o bien las organizaciones manipulan al Estado en función de sus intereses particulares (Ospina-Peralta, s.f.), que a la larga sustentan el poder del capital. Se trata, según Philippe Schmitter (1998) como un sistema de “representaciones de intereses”, donde la legitimidad y el funcionamiento estatal dependen de las organizaciones corporativas y cuando no hay una distinción entre intereses privados de una minoría e intereses públicos de la gran mayoría, no solo se cae en corrupción, sino en una situación en la cual el interés público es subsumido por intereses de unos pocos, lo que se denomina un Estado corporativo. Es decir, todo lo contrario, a lo que se propone una democracia

puesto que el manejo de lo público es muy diferente a defender los intereses de los empresarios interesados ganancias y volumen de ventas. Pero ante la debilidad de la participación ciudadana y la democracia en los países subdesarrollados el vacío es ocupado por los grupos económicos y de presión, las asociaciones de profesionales y los sindicatos. Erhman destaca la contradicción evidente entre la lógica de los intereses económicos de las grandes empresas nacionales y transnacionales, y la lógica representativa de las instituciones democráticas.

A este respecto Laurell (2013), citada por Basile, señala que la mayoría de los países en esta corriente de reformas desfinanciaron sistemáticamente sus sistemas y servicios de atención sanitaria y programas de salud pública, con la consiguiente ausencia de respuesta del Estado a las necesidades colectivas de la población. A renglón seguido la ausencia de capacidades/servicios de salud estatales se realiza una operación de transferencia de fondos públicos a pagar una compleja trama de actores privados lucrativos y financieros que no favorecen la soberanía sanitaria (Basile, 2019). Se trata de:

...una nueva arquitectura de Estado sin reflexión sobre la cuestión social y las necesidades para la vida en sociedad como salud, educación, trabajo digno, pensiones, otros. Un proceso de instrumentalización y funcionalización del Estado a la mercantilización y financiarización de la vida. (Basile, 2021, p. 6)

Desde donde se generan nichos de mercado de bienes y servicios privados bajo dinámicas de mercantilización (bienes y servicios) y financiarización (coberturas y pólizas de seguros). Según Lozada (2000), la mayoría de los actores gremiales/empresariales tienen como objetivo buscar decisiones oficiales favorables a los intereses de sus afiliados; de allí que su preocupación central es política, en cuanto como agente económico depende en gran medida de cómo el Estado interprete los problemas públicos y sus soluciones, adicionalmente, de cómo sea el trato del gobierno hacia el gremio para su capacidad de supervivencia. Se evidencia aquí el auge del ejercicio de un gobierno corporativo (GC) que se define como la forma en que los actores gremiales y empresariales protegen sus intereses, con el fin de que las decisiones tomadas por el Estado no afecten sus intereses particulares, la toma de decisiones y su desempeño financiero.

En esta perspectiva Schmitter señala que:

...las características supuestamente distintivas del Estado: su asociación con una nación en particular y el espíritu de nacionalismo; su capacidad para la defensa de un territorio específico; su pretexto de encarnar los intereses comunes y universales de la ciudadanía; su pretensión de centralidad en todos los cálculos políticos; su dotación por un estrato especial de la población... han desaparecido, se han debilitado o perdido su exclusividad. El Estado moderno ha disminuido en su dominio de estas propiedades, o se ha visto obligado a compartirlas con otras instituciones dentro (y fuera) de su propia sociedad. (Schmitter, 1998, p. 5)

Se trata del corporativismo como factor institucionalizado de formación de políticas antes que sólo una forma de articulación; Los actores o grupos se posicionan en dominios de tal modo que el gobierno no puede modificar su regulación sin su consentimiento o ayuda.

4. Corporativismo y neoliberalismo.

América Latina en los últimos cincuenta años ha servido como “campo de prueba” para los experimentos del colonialismo extractivista por reinventarse en el marco de la crisis civilizatoria en pleno desarrollo; lo que en algún momento caracterizamos como “resiliencia neoliberal en América Latina”, neocolonialismo puro y duro (Villasana, 2018). El neoliberalismo, que puede distinguirse claramente desde sus postulados centrales como tendencia estratégica hegemónica, por cierto, muy alejada del liberalismo clásico que pretende imposter, ha resultado una herramienta muy útil para la profundización y diversificación del extractivismo en tiempos de escasez. Para ello, la conformación de instancias corporativas supranacionales ha sido clave; junto al sostenimiento de la ilusión de las fronteras, naciones y gobiernos, y la fantasía del ejercicio de la soberanía y del llamado *juego democrático*.

Desde mediados de los setenta del siglo XX, evidenciamos como una inspiradora marea neoliberal empapaba con su creatividad a los gobiernos de América Latina, que a diferentes ritmos y con diversos mecanismos, matices y estrategias seguían disciplinadamente la receta neoliberal con cierta sincronía. Examinaremos las regularidades y similitudes entre Chile, Colombia, y también Venezuela, haciendo abstracción de la retórica “ideológica”, y enfocándonos en la estrategia corporativa de generar ganancias.

Esto podemos ilustrarlo aproximándonos a las experiencias de Chile, que resultaría el alumno más destacado de la Escuela de Chicago con la colaboración del gobierno cívico-militar, que se encargó a sangre y fuego de cumplir la tarea desde su asalto al poder en 1973, adelantándose a lo que decretaría el Consenso de Washington en 1980; esto hizo posible la instauración progresiva del modelo desde mediados de los 70 con un conjunto de leyes y decretos que se consolidó con la Constitución de 1980, especialmente en el campo de la salud como espacio de negocios, siendo afinado y perfeccionado por sucesivos gobiernos, de centro-derecha o centroizquierda, que han colaborado indistintamente en la consolidación de un modelo de Mercado extractivista y neocolonial, con una fachada injustamente denominada neoliberal (Villasana, 2022a).

En la última década, el Estado chileno ha instaurado e institucionalizado los “Fondos Concurables” como estrategia para promover y fortalecer las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), estableciéndose una relación de competencia entre las organizaciones en su vinculación con el Estado (De la Maza, 2021), competencia que en muchos casos deviene en una relación clientelar; donde las OSC más institucionalizadas y de mayor alcance son las que tienen acceso a los recursos (Villasana, 2022b) consolidando el “paradigma emergente” y el rol de las instituciones privadas sin fines de lucro, nacionales y transnacionales, como sustituto del Estado en algunas funciones sociales (Cereceda, 2014); esto, sumado a los otros mecanismos de tercerización ya establecidos, como compras y subsidios a la demanda en clínicas y prestadores privados, hicieron que la mayor parte del gasto público en salud derivara al sector privado (Goyenechea, 2013). El sistema de licitaciones permite al Estado externalizar mediante “concursos” la política social, transfiriendo fondos a entidades privadas, favoreciendo la instalación de la competencia, la subcontratación y el lucro

a expensas de la política social en Chile (Varas, 2018), naturalizando en el imaginario colectivo una fuerte carga de individualismo inspirado en la eficiencia, calidad, pertinencia y oportunidad de las prestaciones otorgadas, desde un modelo de “consumidor/competidor” por un bien que ofrece tanto el Estado como el Mercado. Competencia que contradice la lógica de la solidaridad y el enfoque de derechos; posicionando a la salud como un bien por el cual hay que competir, y que solo los más capaces pueden obtener; una lógica que perpetúa la desigualdad.

De igual manera en el caso de Colombia, la Constitución de 1991 pavimentó el camino para privilegiar los intereses transnacional y empresarial por encima del bienestar social, impulsando un modelo económico capitalista cuyo fin es la acumulación desproporcionada de riquezas. A través de la reserva de capitales, el neoliberalismo llevó los derechos sociales, como la salud, a formar parte de los intereses mercantiles, produciendo “equilibrios económicos”, sin tomar en consideración las asimetrías promovidas en estos procesos (Huertas, 2021). Es importante destacar que ambas constituciones, la de Chile 1980 y la de Colombia 1991, establecen casi con las mismas palabras *el papel subsidiario del Estado respecto a la salud*, limitando su papel a “garantizar el acceso” a los servicios de atención, y dejando este acceso al “libre” juego de la oferta y demanda, pero bajo el control de monopolios y corporaciones transnacionales que operan cómodamente en ambos países bajo la figura de Isapres o EPS; similitudes que revelan el carácter del poder corporativo transnacional. En Colombia La Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993, facilitaron el achicamiento del Estado y las privatizaciones, particularmente en el campo de la salud, tal y como había ocurrido en Chile con la Constitución de 1980. El Estado pasó imperceptiblemente de ser un proveedor a un comprador de servicios a los particulares (Ramírez, 2013) con consignas de estabilización a corto plazo, apertura económica, globalización, austeridad del gasto público y ajuste estructural, los gobiernos fueron obligados a pagar las deudas contraídas con usureros multinacionales a expensas del bienestar de millones de habitantes sumidos en la miseria (Guzmán, s.f.).

El presidente Álvaro Uribe Vélez argumentó claramente que para Colombia a partir de 1992-93, el derecho a la salud es un derecho prestacional de segunda generación y no fundamental. La Ley Estatutaria definió los servicios de salud como servicios públicos restringidos al ámbito de la disponibilidad financiera; y en tal sentido, el derecho a la salud tendría un estatus diferente a los derechos civiles y políticos, no sujetos a la restricción financiera (Ramírez, 2013).

La reforma neoliberal condujo a radicales cambios de manera similar y homogénea en varios países. El Índice de Reformas Económicas que en 1980 era de 0.55 en América Latina, para el 2000 era de 0.83. Es decir, el 83% de los países habían satisfecho los criterios de reforma establecidos en dicho período. La globalización estaba en marcha, y la mayoría de los países incorporados al “concierto neoliberal” (Castellanos, 2004; Villasana, 2010).

Esta tendencia pareció frenarse en el caso de Venezuela con la llegada al poder de la Revolución Bolivariana y la promulgación de la Constitución de 1999. Pero, paradójicamente, el incremento del gasto público en salud durante los primeros años de la Revolución Bolivariana transitó, intencionalmente o no, a un esquema basado en la intermediación financiera, mediante el cual se transfirieron recursos públicos a empresas privadas de aseguramiento y al complejo médico in-

dustrial privado, para garantizar la cobertura de atención a un grupo reducido de la población, los funcionarios públicos y sus familiares. Estimaciones no oficiales calculan el crecimiento del Sector Privado de salud en 400% entre 2000 y 2010 a expensas del cuantioso financiamiento público, llevándonos a preguntar acerca de la conformación en ese momento de un ¿Sistema Público Nacional de Salud, o una Privatización Revolucionaria y Socialista de la Salud? (Villasana, 2011). En veinte años se construyeron en Venezuela 50 establecimientos públicos y alrededor de 400 clínicas privadas (Ministerio de Salud, 2006). Se configuró una relación parasitaria de convivencia promiscua entre la receta neoliberal y la Revolución que declaraba reivindicar el Estado de Bienestar, la Justicia Social y el Derecho a la Salud dibujados en la Constitución de 1999. En diez años (2000-2010) la fuga de capitales en Venezuela fue equivalente al 43% del PIB; 42 veces más alta que en Colombia. La exportación y privatización de capitales en Venezuela fue más alta que la de 30 países (sumados) en América (Sutherland, 2013). El neoliberalismo en salud crecía y se desarrollaba en Venezuela, transitando disimuladamente por un carril paralelo a la conformación del “revolucionario Sistema Público Nacional de Salud”, manteniéndola en sintonía con el principal objetivo del modelo corporativo transnacional, la generación de ganancias, al igual que en Chile y Colombia.

Con algunos matices, en los tres países los recursos del Estado sirvieron para enriquecer las arcas de las intermediadoras en Colombia, Chile y Venezuela (EPS, ISAPRES, y aseguradoras privadas respectivamente), compartiendo prácticas corporativas como la selección adversa, exclusión, monopolio y corrupción en diversas modalidades. En Venezuela, los abundantes recursos alcanzaron para el crecimiento del sector público y privado; la inversión social del periodo “revolucionario” (1999-2012) se incrementó en 770% respecto al periodo 1984-1998 y el gasto social como proporción del PIB aumentó del 8% en 1998 a alrededor del 20% en 2007, facilitando una relación parasitaria Estado – sector privado e intermediario (Laurell, 2017; Villasana, 2022a) no muy diferente a los casos de Colombia y Chile.

5. Conclusiones

A la luz de las múltiples evidencias, resulta manifiesto el ejercicio del poder por parte de un gobierno supranacional. Teniendo presente que la política la entendemos como el conjunto de procesos que conducen a decidir qué hacer con la vida de los seres humanos en sociedad, lo que conocemos como sistemas políticos se expresa de facto, en América Latina y en el mundo, en un espacio de fronteras líquidas, independiente de la ilusión de los Estados y naciones.

Los gobiernos en América Latina de manera cómplice se han enfocado a la consolidación de los modelos y las acciones corporativas, asociadas a agendas y políticas que destacan tecnocracias que en cada país de la región relacionan el sistema político con el campo de acción de los expertos y en ningún caso como el ámbito de interacción de los movimientos sociales con los derechos y con la capacidad política para incidir en las dinámicas sobre salud pública.

Productos del modelo corporativista son los sistemas de salud y seguridad social en América Latina que, aunque sustentan sus lineamientos en el Derecho Fundamental de la Salud, estos han quedado supeditados a la compra de servicios de salud a organizaciones privadas cuya sostenibilidad financiera se requiere garantizar. Se trata del papel del Estado reducido a mantener la mercantilización de la solución de las problemáticas de la sociedad

Al transparentar las finalidades que el *modelo corporativo neoliberal hegemónico en salud* persigue en América Latina, se evidencia hasta qué punto ha sido *exitoso*, independientemente del Derecho a la Salud y la exclusión, enfermedad, miseria y muerte que haya provocado. El *modelo* ha sabido aprovechar legislaciones cómplices, y también convivir, neutralizar y aprovechar legislaciones de corte progresista, que sin embargo han dejado espacios vacíos para la corrupción, discrecionalidad y la maniobra, con la colaboración aliados nacionales e internacionales. Las escandalosas ganancias del complejo médico industrial y las intermediarias son los resultados que contradictoriamente refrendan la identificación de una tendencia exitosa del modelo neoliberal, en la que Venezuela va de la mano con Chile, Colombia, y la mayoría de los países de la región, al margen de retóricas progresistas, revolucionarias, y sobre todo de la Soberanía de los pueblos.

Reflexiones para continuar los debates:

Destacar la influencia del corporativismo sobre las instituciones, los gobiernos y las organizaciones públicas de los sistemas políticos en América Latina, facilita la construcción de un debate continuo sobre los objetivos y los efectos que tiene el corporativismo en los temas estratégicos de la sociedad en cada país de la región, para mostrar que la salud pública y colectiva pasa por las franquicias del corporativismo lo que deriva en la dominación de la esfera de los costos por su prestación y en el gradual desconocimiento a los ciudadanos de los derechos a la salud.

En la línea del debate sobre la influencia del corporativismo en los sistemas políticos en América Latina, es determinante identificar los referentes de poder que definen los gobiernos de la región, para tomar decisiones, que de un lado consolidan su vínculo con los gremios y de otro lado fragilizan la capacidad política de los actores sociales representados en las organizaciones sociales y en las ciudadanías alternativas, para participar e incidir en las agendas que contienen los temas estratégicos de la salud pública y colectiva.

Referencias

- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 905-925.
- Audelo, J. M. (2005). *Sobre el concepto de corporativismo: una revisión en el contexto político mexicano actual*. Universidad Autónoma de México. Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM.
- Aguilar, N., y dos Santos, M. (1968). Corporativismo y clase trabajadora. Desarrollo Económico, América Latina. *Instituto de Desarrollo Económico Y Social. JSTOR*, 8(30/31), 313-348. <https://doi.org/10.2307/3466013>.
- Banco Mundial. (2016). *Soporte efectivo a la Cobertura Universal de Salud*. <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage>
- Basile, G. (2019). *La salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR SALUD. ¿Soberanía o dependencia sanitaria?* Ediciones Biblioteca CLACSO.
- Basile, G. (2020). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y El Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En T. Ojeda, y M. Villarreal (eds.), *Pensamiento crítico latinoamericano sobre el desarrollo*. Instituto Universitario de dDesarrollo y Cooperación.
- Basile, G. (2021). *Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas*. Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.
- Betancur, N. (2013). Gobernanza y diseño institucional. Marco conceptual y análisis de caso Regulación y gobierno del sistema educativo en Uruguay. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 9(1), 119-143.
- Brown, W. (2017). *El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo*. Malpaso Ediciones SL.
- Castellanos, P. (2004). *Reflexiones sobre Políticas Públicas de Protección Social, Derechos Humanos y Participación Social en el Estado Democrático Contemporáneo en América Latina*. Mimeografiado.
- Cavarozzi, M. (1991). Más allá de las transiciones a la democracia en América Latina. *Revista de Estudios Políticos*, (74), 85-111.
- Cereceda, L., y Jiménez, M. (2014). *Tercer Sector, Salud y Cáncer. El desafío de la sociedad civil, en el contexto de las alianzas*. Nodo Alianzas Público Privadas y Sociedad Civil, Foro Nacional de Cáncer. <https://acortar.link/ygUUpN>
- Cortés, T. (2003). El corporativismo (médicos y otros) y la ética social. *Avance Centro de Estudios Sociales*. <https://acortar.link/ULb99F>
- Ehrman-Fiori, R. (s.f.). *El cabildeo en México: teoría y práctica*. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Franco-Giraldo, A. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 95-107.
- Goyenechea, M., & Sinclair, D. (2013). La privatización de la salud en Chile. *Políticas públicas*, 6(1), 35-51.

- Gómez, A. (2005). Influencia de los grupos de interés y asociación en las reformas y los sistemas de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(9), 62-80.
- Goyeneche, M., y Ruiz, F. (2020). *Multinacionales en América Latina. Una caracterización a partir del sector salud en Brasil, México, Colombia, Perú, Paraguay y Chile*. Fundación Nodo XXI. PSI. Internacional de Servicios Públicos.
- Guzmán, F. (s.f.). Neoliberalismo y Salud en Colombia. *Federación Médica Colombiana: Heraldo Médico*, XXII(227).
- Huertas, C., Maguiña, O., Durand, L. (2021). Multiculturalidad y modelos económicos en América Latina. *Revista de Filosofía*, 38(99), 631-644.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO.
- Laurell, A. C. (2017). La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. *Saúde Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043916>
- Lozada, R. (2000). *Los gremios empresariales en Colombia en los inicios del siglo XXI*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Luna, M. (1985). Transformaciones del corporativismo empresarial y tecnocratización de la política. *Revista Mexicana de Sociología*, 47(1), 125-137.
- Ministerio De Salud. (2006). *Número de establecimientos de salud registrados*. Dirección de Salud Poblacional y Dirección de Contraloría Sanitaria.
- Ospina, P. (2011). Corporativismo, Estado y revolución ciudadana. El Ecuador de Rafael Correa. In C. Büschges, O. Kaltmeier & S. Thies (Ed.), *Culturas políticas en la región andina* (pp. 85-116). Vervuert Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.31819/9783954871513-005>
- Perfecto, M. A. (2006). El corporativismo en España: desde los orígenes a la década de 1930. Pasado y Memoria. *Revista de Historia Contemporánea*, 5, 185-218.
- Ramírez-Baracaldo, R., Kernecker, T. (2011). *Las reformas estatales y políticas en América Latina. Una comparación éntrelas opiniones de los políticos y los ciudadanos*. [Boletín]. PNUD & Instituto de Iberoamérica. Universidad de Salamanca.
- Ramírez, M. F. (2000). Reforma del Estado en América Latina: ¿Del desmantelamiento a la reconstrucción? El caso argentino. *Estudios Políticos*, 17, 209-225
- Ramírez, J. (2013). Corporativismo y legitimidad en el sistema de salud. En M.E., Osorio E. (Coordinadora). *Informe Anual 2013. Perspectiva del Sistema de Salud Colombiano*. Tendencias de la salud en Colombia.
- Schmitter, P. (1998). *¿Continúa el siglo del corporativismo? El fin del siglo del corporativismo* Nueva Sociedad
- Stoessel, S. (2020). Corporativismo y representación política en Ecuador: el Consejo Nacional de Trabajo y Salarios. *Universitas*, 32, 151-152.
- Sutherland, M. (2013). Fuga de Capitales en Venezuela y América Latina, fraudes, devaluación y la estatización del comercio exterior. *Aporrea.org*. <https://www.aporrea.org/tiburona/a178809.html>

- Varas, A., Carrasco, A., Gutiérrez, D., & Bascuñán, A. (2018). La explotación en el “área social”, Una lectura de la precariedad laboral del tercer sector en Chile desde El capital de Marx. *Izquierdas*, (39), 273-298. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50492018000200273>
- Vargas, I., Vásquez, H.L., Jané, E. (2002). Equidad y reforma a los Sistemas de Salud en Latinoamérica. *Cad. Saude Publica*, 18(4), 927-937.
- Villasana, P. (2018). *Resiliencia Neoliberal en América Latina. ¿Cuestión Genética o Fraude Continuo?* En *De los Estados Larvales a las Mariposas. Escenarios de la Razón Neoliberal en América Latina*. Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano
- Villasana, P., Álvarez, E., y Ortiz, N. (2022b). *Sociedad Civil y cáncer en Chile: de la caridad a las políticas públicas*. Fundación Foro Nacional de Cáncer.
- Villasana, P. (2010). De Alma Ata a Barrio Adentro. Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud en Venezuela. En M. Malo, y J. Levy (Comp.), *De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate*. Ediciones del Instituto de Altos Estudios en Salud Arnoldo Gabaldón
- Villasana, P. (2011). *La seguridad social en Venezuela. Paradojas, retos y perspectivas*. Conferencia Diálogo Académico. Instituto de Salud Pública Universidad Católica del Ecuador. IDESAL.
- Villasana, P., Monteverde, A., Vergara, F. (2022a). Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 – 2021). *Revista de Filosofía*, 39(1), 378-397.

AUTORES

Ramiro Vélez Rivera. Licenciado en Ciencias de la Educación. Magister en Ciencia Política, Doctor en Ciencias Humanas y Sociales. Docente universitario, Universidad de Antioquia.

Dora Cardona Rivas. Licenciada en Bacteriología y Laboratorio clínico. Magister en Desarrollo Educativo y Social. Doctora en Ciencias Sociales. Docente universitaria. Universidad Autónoma de Manizales.

Pedro Enrique Villasana López. Médico, Magister en Sistemología Interpretativa, Doctorado en Ciencias Médicas. Académico Investigador del Departamento de Salud Universidad de Los Lagos, Chile.

DECLARACIÓN

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Nota

El artículo no ha sido presentado ni publicado en otra revista.