

Descolonizar las políticas en materia de Salud: Alternativas decoloniales en Puerto Rico

Jennifer Montalvo García

Universidad de Puerto Rico

jennifer.montalvo1@upr.edu

<https://orcid.org/0009-0000-8483-5635>

Recibido/Received

2 abril 2023/April 2, 2023

Revisado/Reviewed

14 junio 2023/June 14, 2023

Aceptado/Accepted

14 junio 2023/June 14, 2023

Cómo citar este artículo (estilo APA) / How to cite this article (APA style)

Montalvo García, J. (2023). Descolonizar las políticas en materia de Salud:

Alternativas decoloniales en Puerto Rico. *Análisis*, 18(1), 1-20.

<https://doi.org/10.54114/revanalisis.v18i1.21035>

Derechos de autoría / Copyright: © 2022

Montalvo García, J.

Este es un artículo de acceso abierto y distribuido bajo los términos de la licencia y políticas de Creative Commons Attribution 4.0 International License.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Resumen

Este ensayo presenta un análisis crítico sobre las consecuencias de los procesos históricos y complejos de la colonización y colonialidad en el sistema de salud en el país caribeño. Mediante reflexiones críticas, se cuestiona el carácter histórico hasta la actualidad de las políticas en materia de salud que han sido vastamente influenciadas por el financiamiento, la perspectiva y la determinación del imperio estadounidense. Este entramado ha perpetuado la configuración de un sistema fragmentado y burocrático con una visión biomédica, influenciado por los intereses mercantilistas y donde se sitúa al sujeto fuera del centro del buen vivir. Debido a este contexto se propone integrar una metodología y análisis epistemológico del Sur Global.

Palabras claves: colonización, colonialidad, políticas de salud, derechos humanos, epistemología del Sur, determinación de la salud.

Summary

This essay presents a critical analysis of the impact of the historical and complex processes of colonization and coloniality on the health system in the Caribbean country. Through critical reflections, it questions the historical character up to the present of health policies that have been vastly influenced by the financing, perspective and determination of the US empire. This framework has perpetuated the configuration of a fragmented and bureaucratic system with a biomedical vision, influenced by mercantilist interests and where the subject is placed outside the center of good life. Due to this context, it is proposed to integrate a methodology and epistemological analysis of the Global South.

Keywords: colonization, coloniality, health policies, human rights, epistemology of the South, social determination of health.

Descolonizar las políticas en materia de Salud: Alternativas decoloniales en Puerto Rico

[EN] Decolonizing Health Policies: Decolonial Alternatives in Puerto Rico

Jennifer **Montalvo García**

Es crucial que abordemos la temática sobre la descolonización y decolonialidad en materia de salud comprendiendo el contexto histórico, político, económico y cultural que perpetúa relaciones asimétricas entre sujetos y territorios. Este asunto ha instaurado un patrón configurado por dinámicas de poder relacionados con la racialización, modos de trabajo, desigualdad por cuestiones de género y la inferioridad de las culturas y los saberes de los países no hegemónicos (Quijano, 1999). El autor peruano, Aníbal Quijano explica que la independencia de los países latinoamericanos y caribeños no significó la eliminación de estos patrones de poder fundamentados históricamente por el eurocentrismo. En otras palabras, la independencia en América Latina conllevó a una rearticulación respecto a mantener asimetrías por cuestiones de raza, género, clase social en la sociedad del sistema-mundo-moderno (Quijano, 1999).

Para este análisis es necesario incluir la situación política colonial a partir de 1898 entre Puerto Rico y Estados Unidos. Durante más de 120 años de la presencia hegemónica imperial en el archipiélago caribeño se ha mantenido una relación desigual con consecuencias económicas, políticas, sociales y culturales. El presente escrito tiene el interés de señalar las repercusiones en las políticas de salud, que han sido vastamente influenciadas por el financiamiento, la perspectiva y la determinación del imperio estadounidense. Por tanto, en el contexto de Puerto Rico es imperativo considerar, por un lado, la secuela de la colonialidad del poder y, por otro lado, el efecto hasta hoy día de la colonización.

Al igual que en otros países periféricos, los sistemas de salud han sido atravesados por los conocimientos y teorizaciones de los países centrales, la priorización del sistema capital y su intromisión en organismos nacionales e internacionales, que en muchas instancias terminan dictando las maneras de formular las políticas en salud. Estas dinámicas tienen como resultado el poder y control geopolítico entre distintos sectores del Norte Global, que a su vez debilitan derechos humanos fundamentales y los reducen a objetos que se pueden mercadear dentro de un complejo sistema de aseguradoras privadas (Basile, 2020). Además, los procesos de colonización, colonialidad del poder y la geopolítica de los países centrales, se suma a un entramado que promueve reformas de salud que no resuelven de forma radical ningún problema, sino, que se conforman como menciona Basile & Feo (2022) en “los sistemas Frankenstein”. De este modo, se configura un sistema

fragmentado y burocrático con una visión biomédica mercantil, con profundos problemas de deshumanización, racista y violenta contra las poblaciones excluidas socialmente (Basile y Feo, 2022). Por ende, este ensayo monográfico tiene tres objetivos primordiales: (a) promover el análisis de la descolonización y decolonialidad de las políticas en materia de salud, (b) exponer el contexto en Puerto Rico en torno al sistema de salud y (c) proponer como alternativa las miradas epistemológicas del Sur Global.

Análisis de la Colonización y Colonialidad de las Políticas en Materia de Salud

Repercusiones de la Colonialidad del Poder

Para aproximarnos a esta situación es necesario integrar un marco teórico-metodológico de la colonialidad del poder. Primeramente, la colonización no solo sentó las bases para invadir territorios que ya estaban conformados por procesos civilizatorios, sino que, implantó como un hecho válido la explotación y dominación entre los conquistadores (europeos) y los conquistados (pueblos originarios) (Quijano, 1999). La invención de la raza en nuestro contexto moderno toma sentido con la invasión europea en Abya Yala (Quijano, 1999). Esto permitió establecer clasificaciones sociales por la identidad racial y dividir el sistema mundo entre quienes tenían derecho a ser sujetos (blancos-europeos) y las personas que podían ser esclavizadas, violadas y dominadas (africanos, mujeres, pueblos originarios).

La clasificación racial legitima como una cuestión natural la dominación europea mediante la explotación de los cuerpos racializados. Este sistema facilitó la jerarquización entre sujetos por cuestión de género, identidad de género, orientación sexual, y otros ejes que no corresponden al hombre blanco-europeo-capitalista-heterosexual. Otra forma de dominación ocurre mediante la hegemonía de la cultura, los conocimientos y los saberes del mundo europeo. En particular, este escrito hace hincapié en las manifestaciones de este andamio en nuestras políticas, programas y servicios vinculados con la salud, y cómo ciertos sectores de la población son desproporcionadamente afectados por servicios sanitarios precarizados, focalizados y fragmentados.

De tal magnitud son las consecuencias de la colonialidad en nuestro territorio, que aún sujetos explotados por los ejes de opresión, piensan, y se comportan sistemáticamente, como aquellos que están ubicados en posiciones de dominación (Grosfoguel, 2006). Podemos observar en nuestro entorno, quiénes son los sujetos que ocupan las posiciones de poder y toma de decisiones en las instituciones gubernamentales, empresas multinacionales, y el Complejo Médico Industrial Financiero (CMIF). A la vez, quiénes son los sujetos que han sido históricamente afectados por las dinámicas asimétricas de poder, posicionándolos en espacios de violencia y marginación. Ante esta realidad, podemos concluir que se han reconfigurado estas dinámicas mediante otros entramados como la violencia comunitaria, el narcomenudeo, el narcotráfico, la privación de la libertad de sujetos racializados y empobrecidos, sujetos sin derecho a techo, provocando

incluso la muerte de las personas al no tener el acceso y la disponibilidad a servicios de salud. De este modo, se deteriora el derecho al buen vivir de sectores vulnerabilizados, racializados y empobrecidos.

Por ende, las relaciones complejas de dominación/dominados-explotados, no surgen a partir de una sola vertiente, sino, por un conjunto de opresiones imbricadas. Grosfoguel (2006) explica esta compleja estructura como el “sistema-mundo Europeo/Euro-norteamericano moderno/colonial capitalista/patriarcal” (p.17). Por tal razón, viabilizar cambios en los sistemas de salud requiere articular acciones concertadas, que inciden en cada uno de estos ejes.

Las gestiones para hacer cambios en los sistemas de salud, deben considerar las injusticias que ha traído la colonización y la colonialidad respecto a la economía, el sistema cisheteropatriarcal y la discriminación por cuestión de raza. Igualmente, el colonialismo moderno, funda la injusticia cognitiva con nefastas consecuencias en los conocimientos y saberes, porque solo toma como válido una sola manera de comprender, pensar y ver el mundo, que en gran medida es impulsado por las corrientes del Norte Global (De Sousa Santos, 2011). Este ha sido el caso de Puerto Rico, al implantar políticas de EE. UU. por razones de financiamiento y dependencia a propuestas federales, sin necesariamente analizar cuáles son las necesidades de la población y cuáles serían las formas adecuadas para atenderlas. El país caribeño históricamente ha mirado hacia el norte, como una manera de asimilarnos para salir del empobrecimiento y como la única alternativa viable para responder a las problemáticas sociosanitarias. En definitiva, esto es reflejo de siglos de colonización y colonialidad.

Sistema de Asistencia Técnico-Económico como Instrumento de Colonialidad y Geopolítica

El régimen de apoyo financiero, técnico y de recursos humanos para atender problemáticas en los territorios, también conocido como el Sistema Internacional de Cooperación (SIC), guarda una estrecha relación con la colonialidad del poder (Basile, 2018). El sistema de cooperación opera mediante la lógica de superioridad/inferioridad entre los países centrales y los países de la periferia. Esta dinámica de asistencia reproduce asimetrías en las relaciones en donde se concibe y se atiende a los países del Sur Global, como los que no tienen los conocimientos y saberes para solucionar sus problemas, mientras que el Norte Global, sí cuenta con las teorizaciones y conocimientos para resolverlos (Basile, 2018).

Gonzalo Basile (2018) presenta una operacionalización del SIC mediante un triángulo de poder con tres áreas que discutiremos: (a) monoculturalidad/eurocéntrico, (b) expatriados implementador y (c) *management*¹ de expansión territorial y flujos. Para

¹ Basile utiliza el término *management*, en inglés, para destacar las particularidades de la perspectiva anglosajona del *management* de los recursos humanos internacionales.

propósitos de este trabajo, contextualizamos este ejemplo a la relación colonial entre Puerto Rico y EE. UU.

- **Monoculturalidad/eurocentrismo-estadounidense:** Se conforman relaciones asimétricas de poder situando al Norte Global, como los poseedores de conocimientos y saberes. Este vértice configura la geopolítica cultural, que legitima la supremacía del mundo europeo-estadounidense como los únicos con la capacidad de producir conocimiento, saberes y ciencia.
- **Expatriados implementador:** Debido a la relación colonial con EE. UU., el archipiélago caribeño no puede solicitar o recibir prestación de apoyo económico del ámbito internacional. La posibilidad es coordinar toda asistencia económica y de recursos humanos a través de entidades gubernamentales federales, industria farmacéutica, organizaciones con o sin fines de lucro ubicadas en EE. UU. De esta manera, los expatriados que pueden ser sujetos del Norte Global, o incluso residentes de Puerto Rico, gestionan, administran e implementan políticas, programas y servicios sesgados de forma consciente o inconsciente por la geopolítica del poder. Esta relación es mediada por la asimetría en ver al otro como el experto, el poseedor de saberes y el proveedor de asistencia económica, capaces de solucionar las dificultades en el territorio.
- **Management de expansión territorial y flujos:** Este vértice asegura el dominio y la dependencia en el territorio que se asiste. Esto es factible en distintas vías: (1) mediante las donaciones de entidades internacionales a organismos estadounidenses y (2) los flujos de financiamiento de entidades gubernamentales federales, la industria farmacéutica y organizaciones con o sin fines de lucro estadounidenses. Por un lado, Puerto Rico recibe el apoyo técnico-económico, pero, también, se ve limitado en el uso del financiamiento de acuerdo con las prioridades e intereses del exterior.

Además, el SIC incluye examinar cómo se han establecido las políticas sociales, económicas y de salud en los territorios. La colonialidad del conocimiento, la geopolítica y el CMIF, han sido parte de la mercantilización de los derechos sociales y han tenido injerencia en las reformas público-privadas, privatizadoras de los sistemas de salud, debilitamiento en el sistema educativo, afectación en las pensiones y la seguridad social y la expansión de las actividades extractivistas, que atentan contra los recursos naturales (Basile, 2018).

Salud Internacional Panamericana (SIP) y la Salud Global Liberal (SGL)

Las teorías y políticas en salud aplicadas en Puerto Rico, requieren analizar y cuestionar los supuestos epistémicos asimilados del Norte Global. Como parte de la descolonización y decolonialidad de los conocimientos y saberes, es necesario atender las bases eurocéntricas donde se encubre un ordenamiento jerárquico, o en palabras de

Grosfoguel (2006), heterarquías que integran una respuesta más allá de mirar las opresiones de manera individualizada, si no, que comprende un complicado proceso de imbricación de jerarquías heterogéneas. Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe han estado mediados por la doctrina panamericana y la Salud Global Liberal, reproductores de estas dinámicas de poder.

La SIP responde a los intereses de EE. UU. desde el 1904 con la doctrina Monroe, la cual percibe a la región como un territorio de explotación/dominación y con fines geopolíticos, militares, comerciales y sociosanitarios (Basile, 2022). Cabe destacar que, tanto la SIP como la SGL, son instrumentos de geopolítica que reproducen dinámicas colonizadoras y de colonialidad del poder y conocimientos en los países periféricos, subdesarrollados, y empobrecidos (Basile, 2022). En Puerto Rico se configura un moldeamiento de ambos instrumentos con la injerencia de los intereses políticos de EE. UU., las políticas neoliberales y el intervencionismo de las transnacionales en las reformas a los sistemas de salud, incluyendo la modalidad de privatizadoras de seguros, que mediante financiamiento gubernamental prestan servicios a la población.

En las pasadas décadas ha sido avasalladora la influencia de la SGL en el país caribeño. A partir de la década del 1990 inician los procesos de política pública para reformar el sistema de salud con implicaciones en la venta de hospitales, focalización del cuidado de la población y fragmentación de los servicios necesarios para un buen vivir. Hoy día, Puerto Rico cuenta con un sistema de salud con seguros privados para la población que pueda costearlos, privatizadoras que administran los planes de seguro para la población empobrecida, y un gran sector de la población que no cuentan con los recursos económicos para costear un plan de seguro médico y tampoco cualifican para los seguros financiados por el Estado. Esto representa una dificultad para garantizar la satisfacción de las necesidades sociales y de salud de la población. También, los instrumentos de poder han viabilizado la instalación de un sistema reformado que brinda servicios de poca calidad con repercusiones en un cúmulo de la población, que para acceder a ciertos procedimientos o tratamientos médicos deben vender sus bienes o realizar gestiones para recolectar los dineros (Basile, 2020).

Como hemos descrito, son varias las manifestaciones de estas dinámicas de intervencionismo, explotación, visión bio-médica para curar enfermedades y mantener a una clase de trabajadores para la producción y acumulación del capital para el colonizador. De igual manera, la SIP y la SGL logran influenciar en la formulación de políticas en materia de salud pública y producción de conocimientos en las universidades para desarrollar profesionales que cumplan con los intereses geopolíticos (Basile, 2022). Por lo que es crucial en la descolonización y decolonialidad de las miradas del Sur Global, reflexionar sobre los posicionamientos que no son neutrales y, aunque estén mediatizados por un lenguaje de “derechos humanos”, pueden mantener prácticas opresivas.

Contexto en Puerto Rico entorno al Sistema de Salud

Puerto Rico es un archipiélago ubicado en el Caribe, que fue invadido por el ejército estadounidense el 25 de julio de 1898, y el 10 de diciembre de 1898 fue negociado con el imperio español para su venta a través del Tratado de París (Collado, 2019). La hegemonía del gobierno estadounidense ha tenido implicaciones coloniales que se manifiestan en las maneras de producir conocimientos, elaborar políticas públicas y en la creación de programas y servicios de salud. Es fundamental puntualizar que los intereses geopolíticos de la metrópoli han sentado las bases, incluso, para la aprobación de la Constitución del Estado Libre Asociado mediante la eliminación de la Sección 20, la cual reconocía varios derechos humanos, incluyendo la salud y el trabajo (Collado, 2019).

Con el propósito de mostrar el contexto en las políticas, es importante mencionar los cambios que han surgido a través de los años. El sistema de salud público del país ha tenido varias transiciones que iniciaron con: (a) la Escuela de Medicina Tropical de 1926, (b) la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico en la década del 50, (c) la formación de las Unidades de Salud Pública, que más tarde se convirtieron en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), (d) el desarrollo del Sistema Arbona durante el 1956-1993, y (e) la reforma de los sistemas de salud con la privatizaciones de corte neoliberal de la década del 1990 (Pérez, 2020).

A pesar de las críticas al modelo Arbona, este sistema establecía los servicios de salud por niveles, atendía sin restricciones a la ciudadanía y no se interponían las aseguradoras respecto a las recomendaciones de cuidado ofrecidas por los profesionales de la medicina (Pérez, 2020). Para aquel momento las instalaciones de atención primaria y hospitales pertenecían al gobierno estatal. Sin embargo, en el 1993 el exgobernador Pedro Roselló implantó un nuevo modelo conocido como la Reforma de Salud, que conllevó la venta de hospitales y reemplazó los servicios de salud mediante las privatizadoras (Wiscovitch & Sosa, 2020). Este cambio en las políticas surtió efecto debido a las discusiones entabladas en el Congreso de EE. UU. por el expresidente Bill Clinton. Este intentó en el 1993, reformar el sistema de salud bajo el modelo de mercado, pero no contó con los votos de ambos cuerpos legislativos (Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico, 2016).

Actualmente, Puerto Rico cuenta con 1,288,152 de personas en el Plan Vital financiado por el Estado (Administración de Seguros de Salud, 2022), y se estima que aproximadamente 300,000 personas no cuentan con los recursos económicos para costear un seguro médico y tampoco cualifican para el plan del gobierno (De Jesús, 2022). Estos datos muestran los retos que enfrenta el país respecto al acceso para el cuidado de la salud, pero se amplifica la problemática al integrar un análisis sobre la calidad de los servicios en salud y las condiciones de vida que están enmarcadas en una creciente desigualdad social y económica.

Por otra parte, es necesario señalar los intentos por diversos sectores en articular estrategias que posibiliten un mejor sistema de salud. Uno de estos primeros planes ha sido la creación de un Consejo Multisectorial de Salud, adscrito al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, bajo la ley 235 del 22 de diciembre de 2015. Este colectivo contiene como lineamientos de política pública los siguientes principios: (1) gobernanza democrática y participativa en salud, (2) examinar las iniciativas estatales en Estados Unidos destinadas a la universalidad, (3) examinar el derecho a la salud con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, (4) comisionar un estudio para la viabilidad de un sistema universal sin excluir el sistema de pagador único y (5) rechazar recomendaciones cuya implantación sea irreversible (Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico, 2016). Asimismo, recientemente se aprobó en la legislatura una Resolución Conjunta para ordenar al Departamento de Salud a comisionar un estudio sobre la viabilidad de un programa de salud universal en Puerto Rico.

Otras de las estrategias en términos de políticas en salud ha sido la atención primaria de la salud. Este sistema ha sido delegado por el Estado al tercer sector, conocido como Los Centros de Salud Primaria de Puerto Rico (Centros 330). El grupo está conformado por 22 organizaciones sin fines de lucro que reciben financiamiento de fondos federales de la Sección 330, de la Ley de Salud Pública Federal (<https://saludprimariapr.org/>). Este sector representa un apoyo para el cuidado de la salud de una gran parte de la población, que son desglosados de la siguiente manera: 62.79 por ciento cuenta con el plan médico del gobierno (Mi Salud), 13.70 por ciento cuenta con plan privado, 11.90 por ciento tiene Medicare, y el 11.61 por ciento no cuentan con ningún seguro médico (Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico, 2022).

A pesar de los esfuerzos para realizar cambios y establecer la reforma de la reforma, ninguna ha logrado fijar en el centro las profundas inequidades sociales que complejizan la afectación de la salud de grupos racializados, empobrecidos, mujeres, población infanto-juvenil y colectividades sexo-diversas. Tampoco se han atendido las inequidades y desigualdades que subyacen de un historial colonial, de sociedades excluyentes y la aceleración de la acumulación de riquezas dentro de un sistema mundo-capitalista, que genera procesos de “desciudadanización”, debido a la desposesión de derechos que constituyen el buen vivir (Basile & Feo, 2022).

Atención Primaria de la Salud o Cuidado Integral de la Salud

A partir de la Conferencia Internacional sobre la *Atención Primaria en Salud* (APS), en Alma Alta para la década del 1970, se oficializa el término y la discusión sobre la importancia de la salud para todos (Feo, 2019). La Declaración de esta conferencia recoge postulados valiosos sobre considerar la salud como un derecho humano, encomienda a los Estados a garantizar la protección de la salud para la ciudadanía e incorpora la universalidad e integralidad como componentes primordiales en la construcción de un nuevo sistema de salud (Feo, 2019). No obstante, la APS quedó disminuida a la prestación de servicios

focalizados y fragmentados con lineamientos neoliberales para la atención de los sectores empobrecidos (Basile & Feo, 2022).

Otro asunto que afectó la implementación de esta política fue la traducción del inglés “Primary Health Care” al concepto *Atención Primaria de Salud* descartando de esta manera el asunto político del cuidado integral de la salud (Feo, 2019). Por lo tanto, el pensamiento crítico latinoamericano incorpora el Cuidado Integral de la Salud (CIS), como estrategia para incluirse en los sistemas universales e interculturales, toma en cuenta las diferenciaciones territoriales, combina categorías interseccionales y la determinación social, gestiona acciones preventivas sobre los complejos procesos de salud-enfermedad, y atiende los elementos que van desde lo general, a lo particular y singular (Basile & Feo, 2022).

Para sostener el CIS es imprescindible estar alerta sobre el CMIF de la salud, porque son de las industrias con mayor ganancia económica, interceden en las gestiones de políticas en salud, sin necesariamente primar la salud colectiva por encima de la acumulación de la riqueza (Feo, 2019). En el contexto de Puerto Rico, esta industria ha tenido un crecimiento económico sustancial y han conseguido articular estrategias políticas con el gobierno para su beneficio. Al mismo tiempo no ha redundado en la mejoría y ampliación de servicios de salud.

Alternativas Epistemológicas del Sur Global

Construyendo Salud desde y para el Sur-Caribe

Para formular y gestionar alternativas respecto a las políticas en salud desde una perspectiva liberadora, crítica, decolonial y descolonizadora es esencial que comprendamos el posicionamiento que tenemos en el “sistema-mundo europeo/euro-norteamericano moderno/colonial capitalista/patriarcal” (Grosfoguel, 2006). Como explica Boaventura de Sousa Santos (2011), el contexto sociopolítico influye en nuestras perspectivas, porque no es lo mismo vivir en Europa o en Estados Unidos que vivir en el Sur-Caribe. Esta diferenciación existe tanto entre países, como entre sujetos dentro de un mismo territorio, porque hay personas o grupos sociales que se sitúan entre la clase dominante y otros entre los oprimidos (De Sousa Santos, 2011). Ante el panorama explicado proponemos mencionar la posición política que tenemos en un momento dado, ya sea respecto al lugar que ocupamos, el sexo, el género, la identidad de género, la orientación sexual, situación de salud, el idioma y la racialización. A partir de esta configuración me enuncio como sujeta política afrocaribeña perteneciente a una historia ubicada en el Sur-Caribe.

Además, es necesario comprender los años de relaciones asimétricas de poder, que han perpetuado injusticias en nuestra región, incluyendo la colonialidad del conocimiento. Por eso, las epistemologías y marcos categoriales del Sur Global, son alternativas para atender los procesos de salud-enfermedad. Estas miradas exigen incorporar nuevas maneras de producir y validar conocimientos, integrar los saberes y acciones de los grupos

históricamente excluidos de forma sistemática por el sistema capitalista, el colonialismo, el racismo, el sexismo, el individualismo, y otras formas de opresión (De Sousa Santos, 2011).

Epidemiología Crítica Latinoamericana y la Determinación Social

La perspectiva transversalizada en este trabajo concibe la salud como un derecho que no puede ser desvinculado de otros derechos, porque en su conjunto son los que determinan una vida saludable (Breilh, 2008). Por tanto, es impostergable integrar teorías y análisis decoloniales y descolonizadoras en las políticas, programas y servicios, que viabilicen realizar cambios estructurales para hacerle justicia a la ciudadanía. La epidemiología crítica latinoamericana y la determinación social de la salud, son marcos categoriales que posibilitan una respuesta alterna desde el Sur Global.

Esta corriente analítica estriba en una respuesta fuera de la lógica cartesiana respecto a la comprensión del sujeto y su medio ambiente, y transgrede los conocimientos impuestos por la ciencia positivista (Breilh, 2020). Por añadidura, es ineludible hacer una crítica a la epidemiología clásica, la cual reduce la enfermedad como un hecho meramente biológico, circunscrito a la medición de factores de riesgos y factores protectores, que afectan a la población. Cabe destacar, que la intención no es eliminar o negar las aportaciones de la biomedicina, pero sí problematizar su funcionalidad ante el sistema capitalista.

Con la finalidad de superar esta noción, resulta importante atender la salud-enfermedad como procesos de carácter biológico que están determinados por las circunstancias sociales (Breilh, 2010). Esto implica la subsunción de los procesos biológicos en lo social y sobrepasar la concepción lineal sobre estos dos elementos (Breilh, 2013). Así, a partir de la década del 1970, la integración de la determinación social examina lo general, entiéndase las estructuras sociales y económicas de la sociedad, los modos de vida de los grupos sociales y lo singular, delimitado a los estilos de vida del individuo (Breilh, 2013). Este marco teórico permite vincular las desigualdades sociales, la falta de distribución de poder, la acumulación de riquezas y su estrecha relación con la afectación de los derechos de la ciudadanía.

Para movilizar las gestiones concertadas fuera de la lógica de la acumulación de riquezas, las privatizadoras que administran seguros médicos y reformas a los sistemas de salud, que al final no surten ningún cambio significativo, es vital estudiar y atender las estructuras que promueven las desigualdades sociales que afectan los procesos de vida y muerte. No es suficiente atender la salud sin analizar y accionar para cambiar el contexto social que perpetúa el empobrecimiento, las condiciones precarias de trabajo, los territorios inadecuados y la falta de recursos que atiendan las determinaciones sociales, que terminan perjudicando la salud de las personas (Barreto, 2017). Incluso se observa que, en los países

con mayor o menor desigualdad social son las personas de sectores precarizados las que presentan peores condiciones de salud (Barreto, 2017).

Es por estas razones, que un acercamiento alternativo enmarcado en la determinación social es una respuesta a los supuestos de la epidemiología tradicional y a un sistema-mundo cada vez más alineado a concebir la salud como un mercado. La gente y los recursos de la tierra han dejado de ser el centro. Ahora la centralidad gira en torno al capital y la salud es limitada a quien pueda pagarla. Los colectivos que no operan con la lógica del mercado-capital se quedan en la periferia desprovistos de salud, vivienda, territorios sanos, acceso a la educación liberadora y crítica, y al derecho del buen vivir.

Conclusiones

El proceso de colonización e invasión en la región latinoamericana caribeña, por parte del mundo europeo, instaló un sistema de opresión consolidado por la raza, el género, la división del trabajo y la inferioridad de las culturas y saberes de los pueblos originarios. Como menciona Quijano (1999), la descolonización de los países no implicó la eliminación de las relaciones asimétricas de poder mediado por la imbricación de estos ejes. Mediante la colonialidad del poder y el saber, se constituye la subordinación y dominación de la otredad, que no corresponde al hombre-blanco-europeo-cishetero en un sistema-mundo-capitalista. Precisamente este escrito incorpora el marco-metodológico propuesto por Quijano, como una forma de comprender la subyugación de las historias, culturas y saberes del Sur-Caribe, y mediante el cual, se propone deconstruir todo un andamiaje de desigualdad para reconfigurar otro mundo posible.

Además, este entramado ha permitido estructurar una manera de producir conocimientos y establecer políticas, programas y servicios de salud. Esta articulación ha promovido el andamiaje del actual sistema de forma focalizada para atender a sectores empobrecidos, fragmentando la cuestión social para priorizar un modelo basado en la enfermedad y no en la salud. La hegemonía del modelo biomédico predominante del Norte Global responde a la ciencia moderna excluyente de todo saber “no científico”, está basada en el paradigma cartesiano, donde el ser humano se observa como un sujeto mecanizado y la salud es reducida a la “ausencia de enfermedad” (Terenzi, et al., 201manage6). Ante esto, es necesario una salud colectiva, que incorpore el entendimiento de cómo las condiciones de vida inciden en los procesos complejos de salud-enfermedad-muerte e integre los saberes de las comunidades y sectores históricamente explotados.

Por tales razones se plantea descolonizar las políticas en materia de salud, que todavía están basadas en la teorización y perspectiva del “sistema-mundo europeo/euro-norteamericano moderno/colonial/capitalista/patriarcal”. Esto requiere, no solo mirar desde una posición del Sur-Caribe, sino, realizar un procedimiento de deconstrucción en la metodología para conformar una geopolítica del Sur Global (Basile, 2022). Para esto, es urgente integrar políticas anti opresivas, decoloniales, y críticas a la acumulación de riqueza

que crea profundas inequidades y desigualdades, que afectan de manera desproporcionada a los sectores excluidos históricamente. Específicamente, en Puerto Rico, es vital cuestionar la relación colonial con EE. UU. y su influencia en la producción de conocimientos y construcción de políticas en salud.

Igualmente, la mirada desde y hacia el Caribe, requiere comprender y desarticular las reformas neoliberales que privilegian el CMIF, el cual facilita el enriquecimiento de las aseguradoras y tecnologías médicas por encima de la calidad de los servicios y la salud de la población. La elaboración de posibles alternativas, debe considerar estudiar las dimensiones sociales que permitan establecer la salud y la vida como prioridad, sin minimizar la prevención de la enfermedad e incluir prácticas que recojan las voces y saberes de múltiples sectores de la sociedad, sin limitarlo al Estado (Granda, 2004).

Referencias

- Administración de Seguros de Salud. (31 de octubre de 2022). *Oficina de planificación y calidad beneficiarios Plan Vital y Plan Platino por región y municipios*.
<https://estadisticas.pr/en/inventario-de-estadisticas/asegurados-y-elegibles-por-region-y-municipios>
- Basile, G. (2018). *La geopolítica de la colonialidad ética del Sistema Internacional de Cooperación: El caso Haití*. [Archivo PDF].
https://www.clacso.org.ar/grupos_trabajo/archivos/DOSSIER_1_SISS_CLACSO_Sistema_Internacional_Cooperacion_Haiti_Agosto2018.pdf
- Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe. *Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano*, 73.
- Basile, G. (2022). Hacia una salud desde el Sur: Epistemología decolonial y de soberanía Sanitaria [Towards a Health from the South: A decolonial and sanitary sovereignty epistemology]. *Journal Medicina Social*, 15(2), 65-72.
- Basile, G. & Feo, O. (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: Aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(2).
- Barreto, M. (2017). Desigualdades en Salud: Una perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2097-2108.
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6, 83-101.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Breilh, J. (2020). SARS-CoV-2: Rompiendo el cerco de la ciencia del poder. *Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia*. [Archivo PDF]
<https://www.franciscosieracaballero.net/wp-content/uploads/2020/07/Posnormales-ASPO.pdf>

- Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico. (2016). *Basta ya de parchos en el sector salud*. [Archivo PDF] <https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/reogGubernamental/PDF/Informes%20y%20Estudios/CMSSPR-1.pdf>
- Collado, A. (2019). *Truman y Puerto Rico: El origen de un proyecto descolonizador fallido*. Fundación Voz del Centro, Inc.
- De Jesús, A. (11 de agosto de 2022). Poca claridad sobre la población sin plan médico en Puerto Rico. *Metro*. <https://www.metro.pr/noticias/2022/08/11/poca-claridad-sobre-la-poblacion-sin-plan-medico-en-puerto-rico/>
- De Sousa Santos. (2011). *Introducción: Las epistemologías del Sur* [Presentación en IV Training Seminar del Foro de Jóvenes Investigadores en Dinámicas Interculturales (FJIDI) de CIDOB]. Formas-Otras. Saber, nombrar, narrar, hacer. Barcelona. https://www.cidob.org/en/publications/publication_series/monographs/monographs/formas_otras_saber_nombrar_narrar_hacer
- Feo Istúriz, O. (2019). *¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? De la APS al Cuidado Integral de la Salud*. Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva. [Archivo SCRIBD] <https://www.iae.edu.ve>
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. *Revista cubana de salud pública*, 30(2), 0-0.
- Grosfoguel, R. (2006). La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales: Transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global. *Tabula rasa*, (4), 17-46.
- Pérez, I. (9 de octubre de 2020). A reconstruir nuestro maltrecho sistema de salud. *80 grados prensa sin prisa*. <https://www.80grados.net/a-reconstruir-nuestro-maltrecho-sistema-de-salud/>
- Quijano, A. (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositio*, 24(51), 137-148.
- Terenzi, C., Elias, E., Steavie, R., & Slomp, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: Una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, (12), 113-123.

Wiscovitch, J. & Sosa, O. (16 de julio de 2020). Males crónicos del sistema de salud de Puerto Rico impiden la respuesta efectiva al COVID-19. *Centro de Periodismo Investigativo*. <https://periodismoinvestigativo.com/2020/07/males-cronicos-del-sistema-de-salud-de-puerto-rico-impiden-la-respuesta-efectiva-al-covid-19/>