

Medina, Arnaldo

Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud : comparación internacional en el nuevo contexto de las redes / Arnaldo Medina ; Patricio Narodowski ; prólogo de Ginés González García. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Miño y Dávila, 2019. 240 p. ; 23 x 15 cm.

ISBN 978-950-9467-97-2

1. Administración de los Servicios de Salud. 2. Economía de la Salud. 3. Gestión en Salud. I. Narodowski, Patricio. II. González García, Ginés, prolog. III. Título. CDD 362

Diseño: Gerardo Miño

Composición: Eduardo Rosende

Cuidado de la edición: Laura Bono

Edición: Primera. Agosto de 2019

ISBN: 978-950-9467-97-2

Lugar de edición: Buenos Aires, Argentina

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2019, Miño y Dávila srl / Miño y Dávila sl

MIÑO y DÁVILA
EDITORES

Miño y Dávila srl
Tacuarí 540
(C1071AAL)
tel-fax: (54 11) 4331-1565
Buenos Aires, Argentina

e-mail producción: produccion@minoydavila.com
e-mail administración: info@minoydavila.com
web: www.minoydavila.com

Arnaldo Medina y Patricio Narodowski

ENFOQUES Y HERRAMIENTAS PARA EL GOBIERNO DE LA SALUD

Comparación internacional
en el nuevo contexto de las redes



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| <i>Siglas utilizadas</i> | 7 |
| <i>Prólogo, por Ginés González García</i> | 11 |
| <i>Introducción</i> | 13 |

PRIMERA PARTE

| | |
|--|----|
| Los sistemas de salud. Problemas de economía y gestión | 23 |
|--|----|

Capítulo 1

| | |
|---|----|
| Debates y realidades de los sistemas de salud | 25 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 1.1. La crisis del Estado y la ofensiva anti-estatal | 25 |
| 1.2. Las posiciones de las instituciones internacionales | 30 |
| 1.3. Acceso universal y aseguramiento, gasto, riesgo, recaudación y copagos..... | 34 |
| 1.4. Las funciones rectoras y la descentralización..... | 48 |
| 1.5. La provisión: situación general y nuevas formas de gestión | 58 |
| 1.6. La cuestión de los sistemas de información, de seguridad y calidad .. | 75 |
| 1.7. La fuerza de los médicos y su rol en las reformas | 86 |
| 1.8. La nueva institucionalidad para la provisión de medicamentos | 92 |

Capítulo 2

| | |
|--|-----|
| Las diferencias entre países y los resultados..... | 103 |
|--|-----|

Capítulo 3

| | |
|---|-----|
| Conclusiones: hacia un enfoque que recoge la complejidad del problema..... | 113 |
|---|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| <i>Anexo</i> | 121 |
|--------------------|-----|

SEGUNDA PARTE

Innovaciones en los procesos inherentes al cuidado..... 127

Capítulo 4

La investigación en salud..... 129

Capítulo 5

Atención centrada en el paciente (ACP)..... 143

5.1. Las diversas herramientas participativas 145

5.2. La comodidad del paciente y la autoresponsabilización..... 149

5.3. La relación en sí 151

5.4. Algunas conclusiones sobre estrategias e impactos 153

Capítulo 6

Relaciones profesionales no jerárquicas 157

6.1. Las nuevas figuras en la profesión de enfermería 157

6.2. El equipo multidisciplinario en sí 165

Capítulo 7

La estrategia de redes. Un enfoque político..... 171

Capítulo 8

La irrupción de las TICs en la salud 183

8.1. De la promoción de los derechos a los servicios y el e-seguimiento ... 185

8.2. Una mirada sobre el uso de la web en la situación actual..... 199

8.3. El uso de TICs. Posibilidades y límites..... 201

Palabras finales 205

Bibliografía 211

Siglas utilizadas

| | |
|----------|--|
| ACA | Affordable Care Act (Estados Unidos) |
| ACHS | Australian Council of Healthcare Standards (Australia) |
| AHCPR | Agency for Health Care Policy and Research (Estados Unidos) |
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality (Estados Unidos) |
| AL | América Latina |
| AMB | Asociación Médica Brasileña (Brasil) |
| AMBA | Área Metropolitana de Buenos Aires |
| AMFEM | Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (México) |
| ANAES | Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (Francia) |
| ANMAT | Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Argentina) |
| ANVISA | Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Brasil) |
| APS | Atención Primaria de Salud |
| ASL | Azienda Sanitaria Locale |
| ATAMDOS | Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud |
| AUGE | Acceso Universal con Garantías Explícitas (Chile) |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| BM | Banco Mundial |
| BPSO | Best Practice Spotlight Organization (Canadá) |
| BSIF | Office of the Superintendent of Financial Institutions (Canadá) |
| CADTH | Agency for Drugs and Technologies in Health (Canadá) |
| CAPS | Centros de Atención Primaria de Salud |
| CCG | Clinical Comissions Group (Reino Unido) |
| CCHSA | Canadian Council on Health Services Accreditation (Canadá) |
| CDR | Agency's Common Drug Review (Canadá) |
| CENABAST | Central Nacional de Abastecimiento (Chile) |
| Cepal | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| CIE | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| CIHI | Canadian Institute of Health information (Canadá) |
| CIR | Consejo Intergeñstor Regional (Brasil) |

| | |
|---------------|--|
| CIT | Comisión de Intergestores Tripartita (Brasil) |
| CITEC | Comisión de Incorporación de Tecnologías en Salud (Brasil) |
| CNAMTS | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Francia) |
| CENETEC-Salud | Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (México) |
| COFEPRIS | Comisión Nacional para la Protección de Riesgos Sanitarios (México) |
| CUS | Cobertura Universal de Salud |
| DRAC | Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Brasil) |
| DRG | Diagnosis-related group |
| ECHI | European Core Health Indicators |
| EFQM | European Foundation Quality Management |
| ENCT | Enfermedades Crónicas No Transmisibles |
| EPS | Empresa Promotora de Servicios de Salud (Colombia) |
| ESPIC | Establecimiento de Salud privado de Interés colectivo |
| FEAPS | Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (Brasil) |
| FENAM | Federación Nacional de Médicos (Brasil) |
| FONASA | Fondo Nacional de Salud (Chile) |
| FOSYGA | Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud (Colombia) |
| GP | General Practitioners |
| GDR | Grupos Relacionados por el Diagnóstico |
| HAS | Haute Autorité en Santé |
| HCE | Historia Clínica Electrónica |
| HEC | Hospital de Alta Complejidad Néstor Carlos Kirchner |
| HHS | Health and Human Services (Estados Unidos) |
| HMOs | Health Maintenance Organizations (Estados Unidos) |
| HTA | Health Technology Assessment (Canadá) |
| ICONTEC | Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Colombia) |
| ICSS | Instituto Colombiano de Seguros Sociales (Colombia) |
| IMSS | Instituto Mexicano de la Seguridad Social (México) |
| INVIMA | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Colombia) |
| IPC | Índice de Precios al Consumidor |
| IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios (Colombia) |
| IOMA | Instituto de Obra Médico Asistencial |
| IQWiG | Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Alemania) |
| ISAPRES | Instituciones de Salud Previsional (Chile) |
| ISQua | Society for Quality in Health Care (Estados Unidos) |
| ITAES | Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud |
| JCAHO | Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (Estados Unidos) |
| KTQ | Cooperation for Transparency and Quality in Healthcare (Alemania) |
| NCQA | National Committee for Quality Assurance (Estados Unidos) |
| NEA | Noreste argentino |
| NEP | Nueva Economía Política |

| | |
|--------|---|
| NHS | National Health Service (Reino Unido). |
| NI | Neo institucionalismo |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence (Reino Unido) |
| NOA | Noroeste argentino |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONA | Organismo Nacional de Acreditación (Paraguay) |
| ONAC | Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (Colombia) |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OS | Obras Sociales |
| PAMI | Programa de Atención Médica Integral |
| PARS | Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (Colombia) |
| PBA | Provincia de Buenos Aires |
| PBAC | Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (Australia) |
| PBI | Producto Bruto Interno |
| PCDT | Protocolos Clínicos y Directrices Terapéuticas |
| PCT | Primary Care Team |
| PD | Países Desarrollados |
| PLISA | Plataforma de información en la salud de las Américas |
| PMO | Programa Médico Obligatorio |
| POS | Plan Obligatorio de Salud (Colombia) |
| PPPS | Prevención Primaria y Promoción de la Salud |
| PPOs | Preferred Provider Organizations (Estados Unidos) |
| PSD | Países Subdesarrollados |
| QOF | Quality and Outcomes Framework (Reino Unido) |
| RMBA | Región Metropolitana de Buenos Aires |
| SAMO | Sistema de Atención Médica Organizada |
| SILO | Sistemas Locales de Salud |
| SP | Seguro Popular |
| SUS | Seguro Único de Salud |
| TICs | Tecnologías de la Información y la Comunicación |
| UCA | Unidad Centralizada de Adquisiciones |
| UNASUR | Unión de Naciones Suramericanas |
| UNCAM | Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie |
| UPAS | Unidades de Pronta Atención |
| WHO | World Health Organization |

Prólogo

por

Ginés González García

Este es un libro necesario. Arnaldo Medina y Patricio Narodowski resumieron en él una inmensa cantidad de investigaciones y estudios comparados de diez países, desarrollaron y aplicaron herramientas de análisis y diagnóstico. Pero no se agotaron en ellas: si bien no era su objetivo primordial, de estas páginas surgen propuestas concretas para la reforma del sistema de salud.

El modelo de salud que la experiencia internacional –así como la trayectoria en la gestión que por distintos caminos compartimos con los autores de este libro– nos induce a impulsar es uno en el cual la capacidad del Estado no reside solamente en una cuestión de recursos fiscales, sino también en su idoneidad para planificar concertadamente, ampliando la participación popular en los tres niveles de gobierno, con una visión que podríamos llamar sanitarista: asumiendo que hay un problema estructural fundamental, superior incluso al sistema de salud. Esa capacidad se logra mediante acuerdos con los gobiernos provinciales y municipales, con los actores sociales y las empresas privadas, con la academia y el mundo del trabajo y la producción, y no pasando por sobre ellos. Concertar acuerdos y hacerlos plenamente visibles es la mejor manera de apelar a la responsabilidad de quienes participan en ellos.

Para poder impulsar estas reformas debemos escapar de los dogmas, buscando opciones y alternativas. Las sociedades están compuestas de infinidad de actores, intereses e identidades. Para orientarlas hacia un futuro mejor hay que generar alianzas amplias que permitan dar pelea a los sectores concentrados que se benefician con esa dispersión.

La primera parte del libro contiene análisis con cortes diversos sobre otros estudios comparados, con definiciones conceptuales, experiencias internacionales y ejemplos virtuosos. Son análisis optimistas que sin embargo desmenuzan los pro y los contra de las distintas opciones. Muchos países han intentado reformas de los tipos más diversos. No todas las descritas en este libro le van a parecer atractivas a quienes lo lean, pero no es esa su función, sino la de brindar herramientas para pensar y debatir alternativas. De hecho, la opción clásica entre público, privado y tercer sector se fue

diluyendo con el correr de las décadas. Hay otras opciones, con sus ventajas y desventajas. Para evaluarlas se requiere un marco conceptual y valorativo que involucre la heterogeneidad, desmenuzar modelos de financiamiento y de aseguramiento, escalas de descentralización y gestión en cada nivel, relaciones laborales, contratos con proveedores o políticas de medicamentos, entre otros, siempre teniendo en claro que no es lo mismo hacerlo en países del centro que en los de la periferia.

La segunda parte del libro analiza alcances y límites actuales de ciertas estrategias innovadoras. Es un insumo indispensable para pensar el rol del Estado y los límites de la globalización, saliendo de un discurso voluntarista, especialmente en un mundo donde la investigación en salud está hegemonizada por los laboratorios. Lo mismo puede decirse sobre los diversos usos de las tecnologías de la información y la comunicación, diferenciando las más simples y comerciales de las que puedan tener un efecto importante en la transparencia del sistema, y distinguiendo también las dificultades para implementarlas y el desafío de evitar el desapego que podrían producir.

En particular, en esta sección encuentro algunos temas que a veces se mencionan con particular ligereza. Por ejemplo, la cuestión de la “atención centrada en el paciente”, como ciertas herramientas participativas en el nivel institucional, u otras que hacen a la comodidad del paciente. Otro ejemplo es diferenciar los espacios de auto-responsabilización posibles, sin que la estrategia pueda ser sospechada de tener el objetivo de bajar costos. Es central también la relación entre los actores en sí, enmarcada en el debate del modelo “médico hegemónico”, pero mostrando discusiones, estrategias, situaciones, ejemplos e impactos.

Asimismo, el libro sirve para reformular una concepción sobre las relaciones no jerárquicas entre profesiones que tienen similares características, especialmente las ventajas y desventajas de las nuevas figuras en la profesión de enfermería, pensando en los contextos donde éstas pueden generar resultados: el equipo multidisciplinario, los ejemplos formales y aquellos en que la experiencia es realmente colectiva.

Por último, constituye un aporte relevante el enfoque político que se hace de la estrategia de redes. Allí se diferencian discursos y metodologías. No pensando en modelos de derivación, sino en potentes alianzas territoriales que permitan limitar la fragmentación del sistema de salud.

Celebro entonces este intento de conceptualizar los ejes de desarrollo de un sistema de salud en clave sistémica y a la luz de la experiencia internacional. Más allá de los aspectos en los que hacen falta otros estudios que profundicen los análisis, la idea central está plenamente lograda: aportar al entendimiento e inducir propuestas para que nuestro sistema de salud logre mejores resultados siendo más participativo y más justo.

Introducción

El presente trabajo es un estudio de la evolución de los sistemas de salud desde la posguerra hasta la actualidad, en el plano de los debates y en la práctica. Surge con el fin de seguir discutiendo herramientas para enfrentar los problemas de la salud de la Argentina.

Nos hemos preguntado: ¿Cómo se organiza la salud en los diversos países, desarrollados y de América Latina? ¿Cómo se financia? ¿Cuánto y cómo se gasta? ¿Qué roles asumen los seguros? ¿Son públicos o privados? ¿Universales o focalizados? ¿Cómo se dieron los procesos de descentralización y de autonomía de las unidades de provisión? ¿Con qué resultados? ¿Fue igual en la atención primaria y en los hospitales? ¿Cómo juegan las redes en estos contextos? ¿Qué cambios se generan en las relaciones laborales? ¿Cuáles son las novedades en los sistemas de control de la tecnología y del gasto en medicamentos? ¿Cómo son los nuevos roles de los profesionales? ¿Qué ha sucedido con la introducción de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)?, etcétera.

Planteamos la investigación inicial como una necesidad, luego de haber abordado algunas cuestiones de este tipo en otras publicaciones anteriores (Medina & Narodowski, 2015) y como parte de las discusiones acerca de la evolución del sistema de salud argentino. Nos resultaba imprescindible retomar ese debate pero con una lectura de los diversos modelos nacionales, profunda, honesta, alejada de lugares comunes. Por eso, el análisis de las diversas realidades, especialmente de América Latina, dialoga en el libro con lo que ha ido sucediendo en nuestro país¹. Con este bagaje, en el último capítulo se presentan los lineamientos que hemos considerado para una nueva etapa en la gestión de la salud, pensados obviamente en el marco de

1 Cuando damos ejemplos en nuestro país lo hacemos desde nuestra vivencia, generalmente de la provincia de Buenos Aires, el lugar donde hemos realizado en mayor medida nuestra actividad. En otros trabajos futuros se abordarán casos interesantes de otras provincias que aquí no hemos tratado.

un modelo de desarrollo inclusivo, orientado a lo productivo y al consumo interno y con un Estado fuerte.

El análisis parte de la crisis fiscal de los años setenta. Lo que se vio a partir de entonces fue una fuerte presión por la reforma del Estado, basada en elementos reales que hacen a la crisis fiscal y también a una ofensiva anti estatal llevada a cabo por lo que se ha dado en llamar neoliberalismo o Nueva Economía Política (NEP) y aquí llamaremos, siguiendo trabajos anteriores, neo institucionalismo (NI).

Esa perspectiva, en su versión inicial y extrema –tanto en la práctica de las primeras experiencias en los Estados Unidos y el Reino Unido como en la algunos teóricos– ponía en discusión el modelo del Estado Benefactor que había prevalecido en los Países Desarrollados (PD) y en menor medida en América Latina desde la segunda guerra mundial, basado en la economía keynesiana, caracterizado entre otras cosas, por la ampliación de los servicios estatales. Éstos, salvo excepciones, se organizaron en forma centralizada en la escala nacional, en base a la responsabilidad regulatoria, financiera del Estado central y la provisión pública. El neo institucionalismo proponía volver a la competencia en tanto forma óptima de asignación de los recursos, como sucedía en el siglo XIX, desarmando los sistemas de posguerra. También discutía el componente discursivo del Estado Benefactor, basado en la idea de solidaridad social reemplazándolo por otro de la eficiencia y la (supuesta) profesionalidad.

En la salud sucedía lo mismo, empieza a cuestionarse el rol del Estado y al mismo tiempo se intenta desmerecer el enfoque de la solidaridad que en este ámbito puede definirse como sanitarismo, pensando en Carrillo y Ferrara, por ejemplo para la Argentina y en todas las tendencias actuales pro estatales y de la salud colectiva, inspiradas en estos conceptos (Almeida Filho & Silva Paim, 1999).

De todos modos, no sólo los gobiernos neoliberales de Estados Unidos y Reino Unido sostuvieron posiciones extremas; también algunos documentos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y de la Unión Europea utilizaron este léxico; muy poco la Organización Mundial de la Salud (OMS). En América Latina sí el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), especialmente hasta fines de los noventa han tenido un punto de vista claramente pro mercado. En el entorno de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), salvo excepciones, se resistió ese discurso desde el origen y se apostó, como en los Países Desarrollados, a la búsqueda de instrumentos a favor de la equidad y la inclusión, fortaleciendo el rol del Estado y sin desmerecer la provisión pública.

Se trata de entender las grandes transformaciones tecnológicas, productivas, políticas y también del comportamiento social en general, verificadas desde entonces. De la confrontación respecto al rol del Estado en la salud y las reformas se ocupa la PRIMERA PARTE del libro: economía de la salud. Al mismo tiempo, en esta transición se da otra disputa, relacionada, pero en el plano de los procesos del cuidado, entre el enfoque del médico hegemónico y el enfoque que podríamos llamar sistémico en sus diversas versiones. De esto se ocupa la SEGUNDA PARTE.

Nuestra lectura de dichas transformaciones parte de entender que hay un cambio en los comportamientos sociales y en paralelo surgen originales aportes para su estudio, así como un nuevo paradigma tecno-productivo. En relación al primer punto, el debate epistemológico ha sido un largo proceso que va del estructuralismo al posestructuralismo; naturalmente debemos mencionar a Foucault, Bourdieu, Deleuze y Guattari, Derrida, etcétera. En una segunda generación, debemos mencionar a otros autores que han revitalizado el debate. Nosotros solemos visitar a Lash y Urry y su idea de reflexividad estética, Renato Ortiz y las identidades móviles, el Harvey de la Condición de la Posmodernidad de 1989 y el de Justicia, Naturaleza y la Geografía de la Diferencia, de 1996 y su valorización del concepto de particularismo militante de Raymond Williams; podríamos citar además la idea de multitud contra-imperio de Hart y Negri y la disonancia y el contrapoder de Holloway. Con fuerte resonancia en los estudios de economía popular latinoamericana y en el sanitarismo crítico, encontramos la ética de la liberación de Dussel, la ética del bien común de Hinkelammert; las ontologías relacionales y el pluriverso de Escobar; la sociología de la emergencia de De Sousa Santos². Autores que serán retomados en los análisis de la salud de los últimos años.

En función de este rico debate, asumimos la necesidad de reconocer la presencia de una multiplicidad de sujetos heterogéneos, dotados de trayectorias propias y de multifinalidad, aunque sin desatender los diferenciales de complejidad que ostentan los actores, incluso –pero no sólo– los debidos a su situación económica (Narodowski, 2008; Medina & Narodowski, 2015). En general, y también en lo que a la salud se refiere, pasa a ser fundamental la dimensión subjetiva, en este caso, se trata del amplio mundo de la dimensión subjetiva del cuidado (Batišta & Merhy, 2011). Desde este punto de vista es que nos interesa la perspectiva sistémica por su aporte en relación al análisis de la complejidad, no –como algunos lo entienden– en tanto negación de la presencia de jerarquías sino como una profundización del análisis de las mismas.

2 Para una mención más extensa ver Medina y Narodowski (2019).

En el mismo sentido, entendemos además la importancia del enfoque multiescalar, para el cual diversos proyectos y también los conflictos se dirimen en diversas escalas; por eso el territorio—en el cual se desenvuelven las micro políticas de los autores mencionados— adopta en esta etapa una importancia crucial (Lash & Urry, 1994; Ortiz, 1996). Las redes aparecen en este planteo como el conjunto de relaciones soportadas por ese territorio, que pueden ser activadas por los actores y tienen la misma importancia (Governa, 2001).

Esto modifica la manera de entender las representaciones y las formas de participación, en la medida en que es difícil identificar grandes discursos homogéneos sino diversas identidades que coexisten, compiten, colaboran, negocian, lo que a su vez se refleja en el funcionamiento mismo del Estado. Tampoco debe pensarse este proceso como una oportunidad para imponer la primacía del mercado.

En cuanto a las transformaciones económicas, asumimos el pasaje de la economía mundial a una etapa que llamamos—desde el regulacionismo—posfordismo, entendido como un régimen de regulación específico del capitalismo, determinado por un fenomenal cambio tecnológico, que da un lugar central a la incorporación de conocimiento y de estética en la producción de bienes y servicios. Además se produce un gran cambio similar en las demandas de consumo.

En consecuencia, hay una fuerte modificación de las relaciones laborales ya sea por la aparición del equipo de trabajo y el involucramiento de sus miembros, como por el resurgimiento de formas de empleo y autoempleo muy precarias (neotaylorismo), por eso el proceso se da junto a una gran pauperización de amplios segmentos poblacionales, sobre todo de las periferias, la que contrasta con el auge del sector financiero³. Dentro de estos cambios se produce la crisis fiscal del Estado y el cuestionamiento del Estado Benefactor, ya mencionados.

Al mismo tiempo es central para el análisis considerar la subsistencia de una división internacional del trabajo funcional a los países centrales que hace muy difícil a la periferia del mundo resolver los problemas estructurales, lograr el desarrollo y un nivel de vida acorde. Si bien creemos que esta lógica domina el mundo productivo, no coincidimos con las teorías que se ilusionan con una “globalización benéfica”, más bien pensamos que—sin desmedro de los problemas endógenos— este fenómeno se presenta con grandes asimetrías a nivel mundial a partir de diferencias geopolíticas y económicas que escapan a este texto (Fernández, 2015; Merino & Narodowski, 2015).

Esto hace que en nuestros países los cambios económicos y comportamentales se presenten de un modo confuso. En Argentina, luego de los

3 Otras consideraciones sobre el paradigma actual, como el rol del sistema financiero, pueden verse en Narodowski (2008).

vaivenes de nuestra economía, sobre todo desde los años setenta y a pesar de la mejora de los años dos mil, predominan producciones y una fuerza de trabajo fundamentalmente ambas simples, poco diversificadas, en un contexto de reprimarización y extranjerización. Y una estructura de los mercados concentrada en favor de las élites.

Por otro lado, el ciclo económico, condicionado por esa estructura, hace difícil sostener un nivel de gasto público acorde a las exigencias actuales, aun con los esfuerzos verificados en los años dos mil para aumentarlo, por eso y otras razones que hacen a la gestión, una parte del gasto queda capturado por esas élites, sosteniendo sus ventajas y reproduciéndolas.

Emergen modelos innovadores y participativos en la economía y en las instituciones pero buena parte de los sujetos se encuentran en el nivel de la sobrevivencia. En las grandes ciudades de Al así como en la Región Metropolitana de Buenos Aires, estas situaciones se multiplican, generándose una fragmentación espacial enorme típica de una urbanización periférica que a su vez produce gobiernos municipales frágiles.

Lo planteado en general hasta aquí nos sirve para abordar los cambios en los sistemas de salud. A pesar de la ofensiva anti estatal, casi todos los países han intentado garantizar la universalidad, aun en el marco de los cambios descriptos y esa división internacional del trabajo. Cada país ha ido encarrando reformas según los condicionamientos, las capacidades (económicas, políticas, sociales) y las trayectorias culturales y según la relación establecida entre el Estado y los sectores público, privado y de la sociedad civil en una pugna constante. Este juego influirá en las diferencias en cuanto a los derechos formales, el nivel y el origen de los fondos para la salud, el modelo de programación, los mecanismos de gestión y la mayor o menor consistencia de los mercados, el modelo de control, la participación popular y por fin en el *mix* de eficiencia-equidad del sistema (que explica estándares de calidad, situación de los recursos humanos, costos y niveles de rentas improductivas). También habrá diversos esfuerzos para estimular innovaciones en el cuidado, vinculadas a la idea de atención centrada en el paciente y equipos de trabajo. No es lo mismo Cataluña, que Nápoles, por dar un ejemplo o los barrios pudientes de Capital Federal que algún municipio de la segunda o tercera corona del Conurbano.

En América Latina, como veremos a lo largo del libro, la salud adolece de graves problemas, típicos del subdesarrollo, en primer lugar su escaso financiamiento, luego la fragmentación y la segmentación, que son fruto de la pésima distribución del ingreso y de la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, en un contexto de una desigualdad social marcada, un panorama que además dificulta las innovaciones en el cuidado. Este escenario se torna muy preocupante, por

ejemplo, en las subregiones pobres de nuestro país y en la Región Metropolitana de Buenos Aires.

Esto es así a pesar de los esfuerzos de los primeros peronismos y sus logros parciales, porque las dictaduras militares de 1955, 1966, 1976; la crisis de los ochenta y la ofensiva neo liberal de los noventa significaron un gran retroceso. Como consecuencia de las políticas implementadas se produce el debilitamiento del subsector público, el anárquico, caótico y concentrado crecimiento del sector privado, las transferencias indiscriminadas de servicios y sin recursos a las provincias, la asunción de responsabilidades también sin recursos por parte de los municipios, la creciente incidencia del lobby de la industria del medicamento, un actor fundamental en la industria pero que produce una negociación difícil en el sector de la salud. Es fundamental entender que buena parte del problema se centra en la existencia de una estructura de los mercados con la hegemonía cada vez más marcada de poderes corporativos, que acumulan y distribuyen beneficios en un sentido opuesto y contradictorio con los intereses de los sectores populares y de los trabajadores de la salud, incluso la mayor parte de los médicos, especialmente los de atención promo preventiva o de primer nivel de atención y más aun enfermeros técnicos y auxiliares.

En la década del dos mil se lograron revertir algunas políticas: se crearon y sostuvieron los programas nacionales (SUMAR-REMEDIAAR-SALUD SEXUAL-MÉDICOS COMUNITARIOS, entre otros) y se mejoraron las condiciones generales del sistema, lo cual favoreció al primer nivel de atención en todo el país, se amplió el calendario de vacunación, hubo más acceso a medicamentos. Como resultado se mejoraron algunos indicadores, especialmente se redujo la mortalidad infantil y materna, etc. Y se construyeron hospitales.

Se trabajó limitando el abandono por parte de los trabajadores de la obra social nacional de origen (“descreme”⁴), consecuencia de la apertura de los años noventa, lo que rompía el principio de solidaridad al fugarse los aportes más altos y de las personas de menor riesgo. Pero no se pudo modificar su matriz regulatoria.

4 Se denomina descreme a la situación provocada por la fuga de beneficiarios de una obra social de origen y la elección de una nueva institución, a la cual traslada sus aportes. En general esta nueva obra social permite que el trabajador o trabajadora haga nuevos aportes en forma voluntaria para mejorar su cobertura. Generalmente esas obras sociales de destino están asociadas a seguros privados o grupos aseguradores. La norma que le dio origen fue la Ley 23.660 y el Decreto Nº 9/93. Estas políticas de desregulación estaban supuestamente dirigidas a la optimización de la eficiencia de los servicios asistenciales prestados por las obras sociales, propiciando la libertad de elección del afiliado, la mayor competencia entre las obras sociales y el supuesto control de su funcionamiento por los propios beneficiarios. Los resultados no fueron los esperados, las obras sociales débiles lo fueron aun más, se produjo una fuerte concentración y el costo de la salud aumentó notablemente.

Del mismo modo, se sigue verificando la fuga de fondos públicos, de las obras sociales y de los Institutos como PAMI y IOMA –vía costo de gerenciamiento, sobrepuestos en las compras, o precios subestimados en las prestaciones– para financiar ese tipo de excedentes. Algo similar sucede debido a la pobre relación precio-calidad del sistema privado.

Además, quedó pendiente la profundización de políticas integradoras, y quedaron en agenda propuestas de fortalecimiento del primer nivel de atención a través del financiamiento de equipos interdisciplinarios de salud comunitaria y otras medidas tendientes a mejorar los servicios, que podrían haber dado el máximo resultado en el marco de ese modelo económico de entonces. Tampoco pudieron proliferar como hubiésemos deseado, los mecanismos de profesionalización, la participación, los proyectos de redes, etc. Es que las posibilidades de integración están fuertemente afectadas y condicionadas, cuando no imposibilitadas, por la debilidad fiscal y por los intereses. Y las propuestas parciales muchas veces terminan consolidando el *statu quo*.

Es evidente que las transformaciones vividas en nuestro país no reflejaron los cambios mundiales enumerados arriba sino que fueron simplemente el reflejo de posturas anti estatales primero y una posición estatista pero defensiva luego, por eso hasta 2015, y aun restando un amplio espacio de salud pública, no se pudieron evitar las super rentas del mercado concentrado. En la actualidad hay un nuevo retroceso a partir del ajuste presupuestario. Además, mientras cae la inversión y los sueldos en términos reales y se eliminan programas de base territorial dirigidos a los sectores vulnerables, aparecen discursos de aseguramiento eficientistas en el marco de una gran anomia que sólo profundiza el deterioro y la desigualdad.

Cualquier estrategia requiere del ejercicio de un potente rol del Estado como garante del derecho a la salud y obviamente de importantes reformas en el sistema que atiendan a los cambios analizados, en el marco de otro modelo de desarrollo. Este es un punto esencial, nada de lo que aquí se planteará puede realizarse en el contexto del ajuste macroeconómico y el deterioro del nivel de vida de la población. Creemos que los sectores populares ya hacen sacrificios, no hay que esperar a ajustar para luego crecer; más bien hemos dicho en diversos textos que hay mucho por hacer en nuestro país pero dentro de un sendero de crecimiento basado en el mercado interno y los derechos sociales. Sólo en estas condiciones se puede tener un sistema de salud digno. Y por otro lado, hemos dicho que se deben reducir las rentas improductivas. El modelo debe apuntar a romper con esa lógica. Hasta el 2015 se habían dado pasos importantes, en el futuro debemos profundizar lo realizado y mejorarlo.

En lo que hace a la metodología, se ha tomado como antecedente y base de información al informe de investigación “Estudio comparado de diez sistemas de salud nacionales. Los diversos modelos de regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión y control”. Mediante relevamiento bibliográfico y estadístico en dicho informe se ha caracterizado exhaustivamente la conformación, evolución histórica y modelo actual de los sistemas de salud de un conjunto de países estratégicos para el estudio de las políticas sanitarias por los diversos perfiles que representan: Reino Unido, Francia, España, Italia, Canadá, Estados Unidos, Brasil, Chile, México y Colombia⁵.

El análisis de los sistemas comparados se sustentó en la sistematización de publicaciones académicas del campo de estudio de las políticas sanitarias, la revisión de documentos de organismos internacionales (BM, BID, OPS, OMS, Cepal, OCDE), el relevamiento de documentos de instituciones sectoriales referidos especialmente a la organización, modelos de atención, gestión y financiamiento de los países estudiados en el contexto de las reformas. Además en el informe se trabajó con notas periodísticas y contenidos webs de organismos públicos y privados de los sistemas de salud de cada país, especialmente para captar experiencias y casos específicos paradigmáticos por su potencial aporte para el análisis⁶.

Junto con el citado informe, para este libro se han incluido: otros documentos teóricos y de organismos internacionales y sectoriales, citados correspondientemente en cada caso particular; también el relevamiento de portales web oficiales iniciado en el citado informe y luego completado, a partir de una serie de criterios de observación de los mismos (tipo de información que

-
- 5 Se trata de Narodowski (2017). El *link* correspondiente es <<https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2018/03/informe-paises-seleccionados.pdf>>. El informe fue realizado en el marco del Proyecto de Desarrollo Tecnológico-Social (PDTs), aprobado por CIN-CONICET coordinado por la UNAJ y en el cual participan UNQ, UNLP, UNLaM y otras instituciones y fue sometido a una evaluación de pares. En dicho informe colaboraron en la búsqueda bibliográfica y en los Anexos los licenciados Mariano Kleiman, Guillermina Julierac, Victoria Vescio y Florencia Tenorio, de acuerdo a las indicaciones metodológicas del autor. Mariano Kleiman realizó un trabajo final para cubrir los faltantes de datos u otra información y además aportó con lecturas que han sido útiles para algunos capítulos. El estudio de cada país responde en ese informe a una estructura común que luego se traduce en los temas de los capítulos 1 al 3 del libro. En el mencionado documento pueden encontrarse las citas correspondientes a cada afirmación, se puede ver que se trata de una investigación muy vasta que nos llevó tres años de trabajo. Las citas no han sido trasladadas al libro por un problema de espacio, pero pueden consultarse en línea en el *link* correspondiente.
- 6 Se realizó una búsqueda sistemática de publicaciones en revistas científicas, considerando el periodo de los últimos treinta años. El periodo seleccionado para la búsqueda de *papers* (años noventa a la actualidad) se fundamenta por corresponderse con las reformas aplicadas a los sistemas de salud, coincidiendo con el incremento de publicaciones de este tipo. El material relevado se encuentra conservado en formato archivo, asegurando la disponibilidad y auditabilidad de la fuente.

proveen, modalidad de comunicación, funcionalidad, interacción, formato y organización de contenidos, aplicaciones)⁷.

El libro se ha organizado de la siguiente manera: en la PRIMERA PARTE tratamos de responder las preguntas iniciales, sobre todo en los aspectos específicos de la economía de la salud. En ella se aborda ante todo la evolución de los debates y de la realidad de los sistemas de salud con eje en las temáticas transversales de las reformas, las mismas que esas preguntas reflejan y que responden los diversos eslabones de la salud: regulaciones centrales e institucionalidad (lo que incluye rectoría y descentralización), de financiamiento (fuentes, aporte público y privado, niveles), formas de aseguramiento (y distribución del riesgo), todo lo atinente a la provisión (roles de los diversos servicios, sistemas de gestión, medios de pago), recursos humanos y al control; también se aborda la institucionalidad que regula el uso de medicamentos. Se analizan los debates generales y las estrategias que cada país intentó para cada instrumento, porque lo que nos interesaba primordialmente era el estudio de sus ventajas y desventajas, las formas en que fueron aplicados, etc. Este abordaje se refleja en el capítulo 1. Como el lector podrá ver, cada tema desde el punto 1.3. fue organizado presentando primero los debates, luego las experiencias de los Países Desarrollados, enseguida las de los países de América Latina y finalmente las síntesis conclusivas respecto a cada punto.

Luego, comprendiendo las diversas alternativas estratégicas existentes, se pudieron abordar las elecciones realizadas por diversos países y los resultados obtenidos por ellos. Los países son analizados aquí en función de las condiciones generales y de sus propias estrategias (capítulo 2). Y finalmente se sacan conclusiones sobre las grandes tendencias de las reformas (capítulo 3).

En la SEGUNDA PARTE del libro se estudian cambios cualitativos no menores, muchos de los cuales incluyen innovaciones que se consideran claves para una mejor atención. En primer lugar: el estado actual de la investigación en salud, el rol del Estado y de las empresas, los mecanismos prevalecientes y el impacto; en segundo lugar, los avances y los problemas en la implementación de los modelos basados en la atención centrada en el paciente y el equipo profesional no jerárquico; luego, un tema sobre el que hemos trabajado bastante pero que necesitaba una reelaboración: las redes. Finalmente, el importante, diverso y también controvertido uso de las TICs en los sistemas de salud. Se trata de cuestiones centrales, que ya hemos discutido anteriormente (Medina & Narodowski, 2015), y que pueden representar instrumentos conceptuales y prácticos fundamentales, siempre que sean analizadas a la luz de las contradicciones que muchas veces atentan

7 Ibid.

contra su aplicación, para que no sean propuestas aisladas, voluntaristas o incluso, representativas de intereses particulares.

Por último queremos agradecer a Federico Machado Busani por la ayuda en los cuadros y a Daniela Álvarez y Mariano San Martín por la lectura y comentarios tan valiosos. Como siempre, dedicamos el libro a nuestras familias, compañeros de trabajo y de militancia. Especialmente al querido Vicente Ierace, en honor a su capacidad, compromiso, compañerismo, apertura a lo nuevo. En agradecimiento a su amistad.

PRIMERA PARTE

Los sistemas de salud. Problemas de economía y gestión

En esta PRIMERA PARTE se analizan los diversos puntos de vista que han ido sosteniendo las instituciones internacionales de los Países Desarrollados y de los Países Subdesarrollados y las reformas concretas de la gestión de la salud, tanto en Europa y América del Norte (Países Desarrollados) como en América Latina, con énfasis en los países estudiados en Narodowski (2017) fundamentalmente desde los años ochenta. Se relevaron los cambios regulatorios generales, los mecanismos de financiamiento, del aseguramiento, la provisión y el control, teniendo en cuenta las diferentes escalas: nacional, provincial y municipal. Como se ve, el eje de las propuestas que se debaten y las reformas en sí giran alrededor de la relación público-privada y son consecuencia de la crisis del Estado que se analiza a continuación. En la SEGUNDA PARTE del libro se exponen las propuestas que reflejan el cambio epistemológico y en las subjetividades.

CAPÍTULO 1

Debates y realidades de los sistemas de salud

1.1. LA CRISIS DEL ESTADO Y LA OFENSIVA ANTI ESTATAL

Como ya adelantáramos, desde el entreguerra y hasta los años setenta, se produce, junto a otros procesos que conforman el Estado de Bienestar, una ampliación de los servicios estatales, en ese marco se constituyen los sistemas de servicios universales. Los mismos se organizan generalmente en forma centralizada, en la escala nacional, con regímenes laborales estables, típicos de la época. Surgieron los ministerios, y proliferaron las unidades de servicio estatales (por ejemplo, las escuelas públicas).

Aunque el descripto ha sido un proceso mundial, ha habido diferencias en las trayectorias nacionales, países como Holanda, Alemania, Francia, Italia, Japón y los Países Escandinavos, incluso el Reino Unido en lo que hace al sistema de salud, parecen responder al modelo renano, que inspira la descripción de los párrafos anteriores por sus sistemas públicos fuertes y universales. El modelo norteamericano mostró buena parte de los elementos mencionados pero con mercados laborales más flexibles y una participación estatal menor. El sistema de salud de los Estados Unidos es un claro exponente.

El incremento del rol del Estado se dio también en los Países Subdesarrollados (PSD), pero de más está decir, que éstos no pudieron realizar definitivamente el desarrollo y por eso tuvieron resultados menos inclusivos. En este tipo de países también hay diferencias: por ejemplo, Argentina logró estándares superiores, aunque con un gasto público per cápita más bajo que el de los Países Desarrollados.

Los sistemas de salud de la posguerra se adecuaron a este régimen regulatorio más general, a partir de la idea de la responsabilidad total del Estado, tanto regulatoria, a través de las nuevas leyes que establecieron la universalidad y la provisión pública, como financiera, en la medida en que todos los gobiernos aumentaron sus presupuestos para este ítem. Y proliferaron los hospitales públicos y su personal en relación de dependencia.

Sobre fines de los años setenta se produce la crisis fiscal del Estado, en ese contexto surgen las reformas tendientes a desmontar el Estado Benefactor de Thatcher en Inglaterra y Reagan en Estados Unidos, que pueden considerarse las primeras –y tal vez únicas en el caso de Europa– experiencias llamadas “neoliberales” en el sentido de que proponen la disminución del gasto público social y su redireccionamiento a otros objetivos de la acumulación capitalista junto a un proceso violento de incorporación del sector privado en la oferta de servicios del gobierno en forma directa –en bienes privados o semi públicos– o como proveedor de las actividades indelegables –bienes públicos–, junto a la descentralización administrativa y financiera. Se trata de una ampliación notable de las áreas de negocios empresariales dentro del espacio público basada en los cuasi-mercados⁸.

En paralelo surge como ya se dijo, el neo institucionalismo, que forma parte de la misma ofensiva pero en el ámbito académico. Este enfoque asume que los agentes alcanzan una solución eficiente sólo bajo condiciones de competencia y que cuando existen costos de transacción debidos a fallas de mercado, la solución se produce mediante contratos, es decir instituciones. El corolario en términos de propuestas de reformas era similar a los planteos expuestos para los gobiernos neoliberales, aunque con un pensamiento naturalmente más complejo, que irá cambiando con los años.

La defensa del Estado Benefactor en el plano político y académico quedó en manos de la socialdemocracia y los economistas post keynesianos, que sostuvieron la defensa del rol del Estado pero reconocieron los problemas de oferta, planteaban la idea del fortalecimiento del sector público y al mismo tiempo el aumento de la transparencia, esto vía la descentralización y el nuevo rol del tercer sector de la economía. De este modo, se apartaban de la versión extrema del neo institucionalismo pero no estaban muy lejos de algunas de sus recomendaciones. Al mismo tiempo, perdían fuerza las versiones estatistas duras.

Luego de la primer ofensiva en Estados Unidos y Reino Unido y de las fuertes reacciones observadas en esos países y en toda Europa, estas reformas radicales no proliferaron en los Países Desarrollados, incluso en el Reino Unido se desandaron algunas medidas extremas, sobre todo en la salud. Este proceso impactó en la posición de algunas instituciones internacionales como la OMS, que intentaron mantenerse lejos del enfoque radical.

Como dijimos en Iñiguez & Narodowski (2007), visto en perspectiva, el gasto social europeo –como el de América Latina– se mantuvo en niveles altos, cercanos al 30% del PBI. En varios países, ha habido ciclos de ajuste fuertes, tendencias que se revirtieron definitivamente en la década del dos

8 Se definen de este modo en la medida en que simulan competencia pero se desarrollan en la producción de bienes públicos, muchas veces con financiamiento estatal.

mil. El gran cambio se produjo en realidad en las empresas públicas, ya que muchas se privatizaron, en los servicios aparecen diversas experiencias en cuanto a la descentralización o la influencia de las nuevas formas de provisión, lo que nos impide sacar conclusiones apresuradas, pero sí debemos decir que las reformas se realizaron con un nivel del gasto estable o creciente y cuidando la inclusión y la equidad.

En los años noventa, aparece en la misma dirección en América Latina, el Consenso de Washington y se imponen las experiencias de apertura y ajuste del gasto social de las democracias latinoamericanas (Iñiguez & Narodowski, 2007). Esto sucedió en Chile con anterioridad y en el resto hasta los años dos mil; en general, pero especialmente en Argentina, las reformas se habían ido morigerando, fundamentalmente en lo que hace a la gestión de los servicios públicos y las jubilaciones. En la actualidad hay una nueva ofensiva.

En los sistemas de salud sucedió lo mismo, pero en el debate de este sector se ha debido responder a dos cuestiones particulares que generan presiones contradictorias: por un lado, empieza por entonces a advertirse el aumento de las erogaciones de la atención debido al incremento de la esperanza de vida (que obviamente implica mayores costos proporcionales debido a que la población envejece con afecciones crónicas) y a las nuevas tecnologías, fenómenos que se retroalimentan y producen una preocupación adicional por el futuro del gasto. Por otro lado, se produce la Conferencia de Alma Ata, que tiene en su declaración todos los elementos que permiten estimular un discurso basado en la salud pública de posguerra, que sostuvo la continuidad de un consenso pro estatal con un tinte sanitarista.

Peró a mediados de los años ochenta algunas interpretaciones del discurso de Alma Ata empiezan a estar atravesadas por el debate del neo institucionalismo. Se valorizan algunas definiciones de aquella declaración que apuntan al buen uso de los recursos, la focalización, el rol de la Atención Primaria de Salud (APS) más como puerta de entrada ordenadora, más adelante se reconocen a las redes como concepto novedoso en tanto forma institucional de articulación, la controvertida idea de la “autoresponsabilidad”, etcétera. También parece pesar lo difuso que está en la Declaración de Alma Ata, el rol del Estado. Surge así una versión dura que pugna por la desregulación de la salud y rechaza la salud pública.

Por otro lado, en América Latina especialmente, dentro de lo que llamamos sanitarismo surgen al menos dos vertientes, que se mantienen en la defensa de los valores de la salud pública, pero tienen diferencias discursivas y en las estrategias, incluso respecto a las redes. Por un lado, la integrada por la OPS y diversos teóricos que han escrito en el marco de la Cepal, que problematizan los cuellos de botella estructurales, valoran el rol del Estado, pero aceptan algunas transformaciones identificadas con el cuasi-mercado,

con un discurso moderado. Se presta escasa importancia a la cuestión de la subjetividad. Sólo en WHO y Alianza para la investigación en políticas de salud (2009) se expone el enfoque sistémico como la fuente teórica del análisis, pero el documento parece pensado desde los rectores del sistema, no quedan claros los diferenciales entre los actores, y no hay una discusión de la lógica de esa rectoría. Lo mismo sucede con el importante trabajo de Vilaca Mendes (2013), cuyo análisis gira alrededor de principios económicos, planificación, gestión y financiamiento con escasas referencias sobre la subjetividad. Utiliza el concepto de empoderamiento. El discurso es cercano a alguna forma de institucionalismo.

Quienes se reconocen –como nosotros– en la “Medicina Social Latinoamericana” y el Movimiento de la “Salud Colectiva”, en la tradición sanitarista, mantienen el discurso pro popular y anti mercado fuerte; lo hacen valorizando aun la escala nacional pero en una negociación con los sectores populares y los territorios, sin desmerecer las cuestiones estructurales, incorporando diversos enfoques del poder, con gran importancia de dimensión subjetiva, como reflejo de los autores que discutían sobre el cambio en los comportamientos de la introducción y que aquí reaparecen citados.

Rovere (1999, 2002, 2004) dice que la sociedad actual está fragmentada, no hay un orden, y eso es debido a la presencia de unidades inasibles, no fácilmente limitables, hace referencia a la posmodernidad aunque el análisis considera contextos históricos (de clase inclusive, pero no únicamente), geopolíticos, políticos y culturales determinados.

Por su parte, Almeida Filho y Silva Paim (1999) intentan un recorrido más exhaustivo. Valoran el aporte de Bourdieu en cuanto a la importancia del capital simbólico. Luego hacen lo propio con la ciencia de la complejidad, citando a Morin. También mencionan la ciencia postmoderna, citando a Castroradis. Valoran la posibilidad de la “emergencia”, el surgimiento de un nuevo radicalismo. Luego resaltan fractales y borrosidad, en el mismo sentido. Con este *background* definen la Salud Colectiva como sector vital, de producción y de conocimiento que exige la interdisciplinariedad, que asegure entender saberes, deseos, proyecciones de lucha, etc. Citan un trabajo anterior en que reconocen la tensión entre Estado y Sociedad, lo colectivo y lo individual. Almeida Filho (2006) retoma el pensamiento complejo para valorar la idea de fragmentación, dinamismo sistémico, indeterminación y contingencia, etcétera, para llegar a la idea de conocimiento relativo y contextual. Para ello se introduce en el problema del discurso y del sentido así como en las modalidades de la práctica misma. Finalmente cita a Boaventura de Sousa Santos para plantear la necesidad de que el vínculo refleje los saberes de la vida.

Este discurso fue valorado por Breilh (1999) quien propone el concepto de ecosistema, citando a Prigogine y a Harvey aunque con reminiscencias estructuralistas para establecer que la sociedad capitalista impone incluso la concentración de poder simbólico, pero que hay instancias de resistencia. Se trata, según dicho trabajo y Breilh (2008), de un discurso latinoamericano que, a diferencia de lo que hace la OMS, no se desentiende de las raíces socio económicas históricas del poder y las relaciones sociales. Y al mismo tiempo valora los modos de vivir grupales y los estilos de vida individuales, lo que da lugar a una matriz integrada: clase-género-etnia. Como en Harvey, no queda claro cuánto de estructura y cuánto de sujeto.

Finalmente Batista y Merhy; Ubieto; y Garrafa y Monchola tienen un planteo de ética y política. Ubieto (2007) hace un planteo similar a los anteriores mediante la necesidad de una conversación regular, una comunidad de experiencia, un vínculo social en un territorio en común y en una realidad de trabajo compartido. En diversos textos analiza el cambio epocal haciendo hincapié en el individualismo, tal vez por eso se trata de una apuesta ética, una estrategia política que permita subvertir el orden establecido. En el mencionado trabajo no presenta antecedentes teóricos. La idea de conversación parece provenir de la formación lacaniana del autor (Ubieto, 2018), quien considera a Lacan un inclasificable dentro del debate del estructuralismo (Ubieto, 2011), también de allí parece provenir la idea de ética aunque en Ubieto (2015) se apoya en la biopolítica de Foucault.

En una misma línea están Garrafa y Manchola (2017), que asumen la idea de una sociedad desigual con fuertes asimetrías y concentración de poder económico y político, la piensan desde la biopolítica de Foucault y citan además el concepto de ética liberadora del ya mencionado Dussel. Dirán que las asimetrías ilegítimas facultan a la conciencia crítica y a una intervención política tendiente a eliminar esas condiciones adversas. Estos autores hacen una interesante distinción entre diversas definiciones de participación que puede servir para diferenciar la ética emancipadora de otras versiones institucionalistas.

Batista y Merhy (2011) plantean la idea del proceso de deconstrucción y construcción de territorios existenciales (los cuales crean una ética y una política), a partir del “rizoma” de Deleuze y Guattari, consecuencia de un movimiento de flujo heterogéneo, en un contexto en el que los individuos crean lo real-social, se mueven, etcétera, desde sus deseos (trabajo vivo) en la escala micropolítica como ya había planteado Merhy en los noventa; se proponen la construcción de un mapa de estas conexiones en el proceso a fin de entender la evolución de, por ejemplo, las instituciones y proponer cambios. Lo utilizan justamente para entender la trayectoria del Seguro Único de Salud (SUS). La gran posibilidad de quebrar la lógica predominante en la

salud, es su deconstrucción en el espacio de la micropolítica, en el espacio de la organización del trabajo y de las prácticas.

En ambas vertientes del sanitarismo, se valora al Estado, en la escala nacional y la local, por eso, la APS y las redes son fundamentales. Solo que en el segundo discurso, desde diversos planteos teóricos, se lo hace con un sentido despojado del NI, de participación popular fuerte, sistémico y como un instrumento político para enfrentar las asimetrías.

Esta disputa teórica y en el campo de las reformas: entre el NI extremo y las diversas versiones de sanitarismo, más cercana a la economía de la salud que a los aspectos cualitativos de los procesos inherentes al cuidado, es la que se aborda en la PRIMERA PARTE del libro

Los debates empiezan a quedar atrapados entre las dos interpretaciones, la del sanitarismo y la de la agenda eficientista, cada una a su vez con sus representantes institucionales y académicos.

En la práctica, en los Países Desarrollados el gasto per cápita total en la salud ha seguido creciendo. En América Latina muestra un ciclo levemente negativo en los noventa, se ha recuperado en los años dos mil, pero la diferencia con el gasto de los Países Desarrollados es grande, el problema estructural subsiste. En las reformas hay una heterogeneidad mayor. Es evidente que las diferencias entre los países en cuanto al gasto en salud y al modelo están estrechamente relacionadas a los niveles de desarrollo alcanzado, al tipo de Estado pergeñado y a la forma de la crisis sufrida en los setenta, éstos mismos factores van impactando en los discursos. De esto nos ocuparemos más adelante, mostrando además datos concretos.

1.2. LAS POSICIONES DE LAS INSTITUCIONES INTERNACIONALES

A continuación se analizan los aspectos centrales de los diversos puntos de vista de las instituciones internacionales de los Países Desarrollados y de los Países Subdesarrollados. Es el marco con que después se trabajarán los tópicos específicos tanto a nivel de debate como de las transformaciones reales de los sistemas. Las fuentes analizadas son los documentos oficiales y otros trabajos que aunque no lo sean, se hallan en publicaciones de dichos organismos. Habida cuenta de su fin introductorio, se citarán en este capítulo sólo los documentos más representativos, en los apartados sucesivos se irán profundizando los debates puntuales.

En lo que hace a los Países Desarrollados, ante todo se estudian las posiciones de la OMS, la única institución global específica de la salud, aunque su influencia en la discusión de la Economía Política de la Salud es muy baja. Luego se abordan los diversos organismos de gobierno de la Unión Europea y la OCDE; ambas tienen sus divisiones de salud, pero se

Vista parcial del contenido del libro.

Para obtener el libro completo en formato electrónico puede adquirirlo en:

www.amazon.com
www.bibliotechnia.com
www.interebook.com
www.e-libro.net

MIÑO y DÁVILA
♦ E D I T O R E S ♦