

CUADERNO DE TRABAJO

Mirando el campo de la salud: problemas, actores, instituciones y territorio

María Crojethovic



EDICIONES **UNGS**



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

CUADERNO DE TRABAJO

**Mirando el campo
de la salud:
problemas,
actores,
instituciones
y territorio**

María Crojethovic

EDICIONES **UNGS**



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

Crojethovic, María

Mirando el campo de la salud : problemas, actores, instituciones y territorio / María Crojethovic. - 1a ed. - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2020.

122 p. ; 28 x 20 cm. - (Política, políticas y sociedad. Cuadernos de trabajo ; 4)

ISBN 978-987-630-504-4

1. Salud. 2. Política Sanitaria. 3. Salud Pública. I. Título.

CDD 362.042

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2020

J. M. Gutiérrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)

Prov. de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4469-7507

ediciones@campus.ungs.edu.ar

ediciones.ungs.edu.ar

Diseño gráfico: Daniel Vidable - Ediciones UNGS

Diagramación: Eleonora Silva

Corrección: Andrea Gardey

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida su reproducción total o parcial

Derechos reservados

Impreso en Oportunidades S.A.

Ascasubi 3398, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

en el mes de octubre de 2020.

Tirada: 100 ejemplares.

Índice

Presentación	7
---------------------------	---

PARTE I

Delimitación conceptual del campo de la salud

Módulo 1

Introducción al campo de la salud	11
---	----

Módulo 2

La responsabilidad estatal	27
----------------------------------	----

Módulo 3

La salud como derecho humano fundamental	39
--	----

Módulo 4

Espacio de gestión y constitución de la demanda.....	47
--	----

PARTE II

Actores e instituciones en las políticas de salud

Módulo 5

Las lógicas de intervención	57
-----------------------------------	----

Módulo 6

La atención integrada como estrategia política de salud	67
---	----

Módulo 7

Las huellas del pasado.....	75
-----------------------------	----

Módulo 8

Organización del sector en la Argentina	85
---	----

PARTE III

El territorio en la gestión de la salud

Módulo 9

Noción de territorio y formas de abordaje territorial	93
---	----

Módulo 10

Territorialidad en salud	105
--------------------------------	-----

Módulo 11

Redes de servicios de salud	115
-----------------------------------	-----

Presentación

Este cuaderno invita a pensar a la salud como un campo abierto multidimensional, como un proceso que incorpora cuestiones institucionales, políticas económicas propias del sector, pero también de las diversas esferas que atraviesan la vida de las personas, que, a la vez, dan forma a la cuestión sanitaria. Es por eso que se busca promover en los interesados el uso de nociones y conceptos que permitan problematizar dicho campo, identificando las relaciones que construyen los actores y las instituciones que participan del proceso.

Una primera parte busca delimitar el campo de análisis. El primer módulo hace foco en el carácter multidimensional de la salud y muestra cómo este campo se constituye también por procesos políticos, económicos, sociales y culturales, que, en su interacción, conforman la cuestión sanitaria. El segundo parte de la convicción de que este campo es producto de las relaciones sociales e históricas, para eso se presenta cómo se va transformando según el avance del conocimiento sanitario –en su interacción con el Estado y la población– y cómo se construyen los problemas de salud que se logran instalar como cuestión de Estado. Para analizar la responsabilidad del Estado en la salud, se despliegan sus funciones y se presentan los modelos que

se han configurado. El tercero muestra la responsabilidad estatal, pero en relación con las garantías del derecho a la salud, comprendido como derecho humano fundamental. El cuarto módulo trabaja sobre la conceptualización del campo de intervención sanitaria, para eso caracteriza el espacio de la gestión y cómo en este se configura la demanda. Se sostiene que esta última es producida y reproducida por la intervención de las políticas o los programas, pero que, a la vez, también los interpela.

En la segunda parte, se incorporan nuevos elementos conceptuales para problematizar la política sanitaria, identificando las relaciones que construyen los actores y las instituciones que participan de este proceso. Se desarrollan, en el quinto módulo, las distintas lógicas de intervención del Estado en salud: sectorial, territorial e intersectorial, pasando revista por sus características y limitaciones. Este módulo revisa la intersectorialidad, a la luz de una estrategia que rebasa la intervención sectorial para tratar problemas que surgen en relación con la salud de la comunidad y sus condiciones de vida, a la vez que presenta a la atención integrada como una estrategia para pensar las políticas de salud. Y repasa los mecanismos de evaluación del Estado que permiten conocer el desempeño real

de la atención en salud: accesibilidad, continuidad, coordinación asistencial, integralidad y capacidad resolutoria. El séptimo módulo hace una rápida periodización histórica para mostrar cómo se fue formando el sector de la salud en la Argentina, identificando actores e instituciones, a la vez que busca las huellas institucionales en la actualidad, en el campo de la salud pública. Esto da paso al recorrido del sector en la actualidad, que muestra su organización en la Argentina y cómo su conformación reproduce la fragmentación y heterogeneidad institucional.

La tercera parte introduce un punto nodal para pensar las políticas de salud: la noción de territorio. Concepto polisémico que es abordado desde diversas disciplinas, por ello es preciso revisarlo, delimitarlo y pensar su especificidad para este campo. Se anclan los problemas de salud a este para incorporar la trama de poder territorial a la gestión de las políticas sectoriales, de modo que contribuyan al desarrollo de respuestas integrales. Esto supone pensar al

territorio desde dos perspectivas articuladas: en relación con la política pública, para orientar el diseño de los instrumentos de implementación y gestión; y en relación con la población, para poner en valor la singularidad de los problemas y sus soluciones. Se trabaja con la noción de territorio/territorialidad, que permite comprender la centralidad que tiene esta dimensión en el campo. A la vez, pone en relación el territorio y la política pública, muestra las nociones de escala y analiza la territorialización de la acción pública. Además, repasa la centralidad del abordaje poblacional, horizontal, descentralizado e integral. En el décimo módulo, se pasa revista por las distintas propuestas de los organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS]), resaltando cómo aparece el territorio en cada una de estas; finalmente, se analizan diversos estudios que han aparecido sobre las redes de servicios de salud, en cuanto posibilidad de articular el sector con el territorio.

PARTE I

Delimitación
conceptual del
campo de la salud



Hacia mediados del siglo xx, las sociedades habían comenzado a experimentar cambios económicos, culturales, sociales y políticos que fueron generando impactos significativos en la salud de la población; pero también en los avances del conocimiento científico y sanitario, lo que provocó de a poco un distanciamiento con el viejo paradigma que intentaba inventariar y diagnosticar los déficits de la salud de los individuos y las comunidades. A pesar de los esfuerzos hechos en esta orientación –hasta la convención de Alma Ata (1978), aproximadamente–, la salud siguió siendo concebida desde lo biomédico como las patologías causadas por condiciones individuales que debían ser atendidas identificando las causas mediante el análisis de factores de riesgo.

A lo largo de los años setenta, frente a las limitaciones de las intervenciones estatales orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir, el concepto de “determinantes sociales de salud” fue el que permitió pensar a la salud de la población en términos del bienestar, lo que incorporó diversas esferas de la vida cotidiana para su comprensión. Se fue así abandonando paulatinamente la imagen de la salud como contingencias que solo provenían de una cuestión biológica del individuo, para ir ganando terreno una visión más holística que la vinculaba con las condiciones sociales de reproducción en las cuales se vivía y se trabajaba. Condiciones de vida que han sido desiguales y que, si bien se encuentran determinadas estructuralmente, podrían ser prevenidas y remediadas (Crojethovic y Fidalgo, 2018). Existe evidencia bibliográfica vasta, la cual da cuenta de que estas inequidades derivan fundamentalmente de las contradicciones que provienen de la forma en que la sociedad organiza su reproducción en la base del intercambio mercantil;¹ y que es necesaria la intervención del Estado para poder garantizar dicha reproducción de la vida (en sociedad) en condiciones legítimas de bienestar.

Los procesos de globalización de la economía, la internacionalización de la producción, el incremento de las cadencias del trabajo, los modos de distribución y las nuevas formas de consumo, junto con el avance de las tecnologías de la información, han transformado, y en muchos casos desmejorado, los hábitos de vida de las poblaciones. Los efectos macroeconómicos más visibles de este proceso global han sido la transnacionalización empresarial, la desterritorialización de la fuerza de trabajo y el desempleo estructural, entre otros. Las consecuencias del proceso globalizador sobre las condiciones de reproducción de la vida de las personas y grupos sociales han sido inevitables –en algunos casos, el registro es directo, en otros, indirecto– (Banco Mundial 1999). El envejecimiento de la población, sumado a los nuevos estilos de vida relacionados con las dietas y con la poca actividad física, la mala difusión de información, la urbanización creciente y el deterioro de la estructura de servicios han

¹ En dichas sociedades mercantiles, tanto la fuerza de trabajo (es decir, los trabajadores) como las necesidades sociales que hacen a su reproducción son consideradas mercancías. Esto implica que la reproducción de los trabajadores y el bienestar de la población dependen del circuito monetario para la compra y venta de bienes y servicios –de salud para el caso– que satisfagan las necesidades que hacen al desarrollo del bienestar de las poblaciones (Topalov, 1979; Grassi, 1997; Danani, 2004).

derivado en un conjunto de problemas de salud, como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, etcétera. Han aumentado las lesiones y la violencia, los problemas relacionados con el uso del alcohol, del tabaco y de las drogas (OMS, 2005).

A la vez, las prácticas posteriores de ajuste económico, las presiones de la globalización y el impacto de las políticas económicas neoliberales, junto con otros factores, fueron aspectos que han ido reforzando las diferencias de estatus social y de poder, e incrementaron los obstáculos principales para el desarrollo de la población y profundizaron la exclusión (OMS, 2005). En esta trayectoria y con el objeto de paliar las inequidades, la OMS² y la OPS fueron incorporando una visión multidimensional fundamentada en la idea de desarrollo humano, que llevó a concebir a la salud como una capacidad humana básica, un prerequisite que permitía a los individuos realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano fundamental para el desarrollo de la vida en comunidad (OMS, 2005).

Los cambios mencionados expresan el carácter eminentemente histórico de la concepción de la salud de la población; como objeto de intervención fue, *a priori*, considerada sinónimo de desarrollo económico y formó parte, por primera vez, de la agenda de Estado, en relación con la necesidad de extender la cobertura de los servicios a toda la población. El reconocimiento posterior del derecho a la salud y la proclama sobre “Salud para todos en el Año 2000”, en cambio, pretendieron incorporar los avances técnicos de la medicina y de la salud pública para definir políticas, estrategias, prioridades, modelos de atención, gestión y organización de servicios capaces de alcanzar las metas que redujeran la inequidad (WHO, 1999). Sin embargo, en esta contienda, la configuración particular del campo de la salud ha provocado, nuevamente, la pérdida de la batalla de la equidad, promovida desde la creación de la OMS y la OPS (1948 y 1902, respectivamente).

Es necesario aclarar que, en este tipo de organización social, los bienes y servicios de salud a los que debe acceder la población para la atención también se presentan como mercancías, aunque portan cierta peculiaridad (Restrepo, 2014) en relación con el resto:

- La incidencia de la enfermedad y la efectividad del tratamiento son acontecimientos irregulares e impredecibles que contemplan un riesgo económico.
- La salud se consume de forma individual, pero también requiere de un consumo colectivo.
- Es necesario recurrir a mecanismos de acción colectiva para garantizar financiamiento y provisión.
- Existen enfermedades huérfanas que no son objeto de selección para el capital.

² La OMS es el organismo responsable de establecer la agenda de investigaciones prioritarias en salud, articular opciones de política, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales; además, establece a la OPS como su oficina regional en las Américas.

La singularidad de estos bienes y servicios de salud, sumada a las condiciones de vida desiguales arriba mencionadas, han derivado en disputas –históricas– por la mejora del bienestar de ciertos sectores de la población (que han ido transformando paulatinamente las demandas en reivindicaciones). Las soluciones a dichas demandas –aunque temporales y parciales– no pueden ser pensadas sino a partir de la regulación estatal, mediante sus políticas sanitarias. Por eso decimos que la salud también es una cuestión político-institucional, cultural y social.

A pesar de ello, recién en los años noventa, comienza a tomar fuerza en el campo la idea de que las políticas públicas tienen amplia injerencia en la vida y la reproducción de la vida, por lo que pasarían a ser consideradas un determinante social (Hunt, 2006). Así, esta dimensión también pasa a constituirse como uno de los determinantes de la salud, su influencia puede observarse en los efectos (directos o indirectos) que estas intervenciones tienen sobre las condiciones de vida. Además, la salud de la población es una cuestión política porque los propios determinantes sociales son sensibles a las intervenciones políticas (Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet, 2008). Es inherente a la acción política, y, en tal sentido, las creencias, la ideología y las relaciones de poder configuran la orientación que finalmente se les imprima a dichas políticas (Danani, 2012), en relación con el grado de socialización (responsabilidad de todos o de los particulares) que adquieran los problemas de salud de los distintos grupos poblacionales.

Figura 1.1. Determinantes sociales de la salud



Fuente: elaboración propia a partir de Borrell y Malmusi (2010).

Es esta tensión que surge del desarrollo económico, político, cultural y social la que convierte a la salud en un campo abierto que, atravesado por muchas de las esferas que hacen a la vida cotidiana y al bienestar –o no– de las personas, se hace visible primero en manifestaciones individuales, que luego serán –o no– tematizadas para ser incorporadas a la agenda del Estado (Oszlak y O’Donnell, 1981; Testa, 2007).

Definición

La noción de *campo* reconoce la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses (Spinelli, 2010) en un espacio relacional con disputas, poder y luchas por los capitales en juego (Bourdieu, 1999), el cual se configura en relación con lo sectorial, pero también con lo societal.

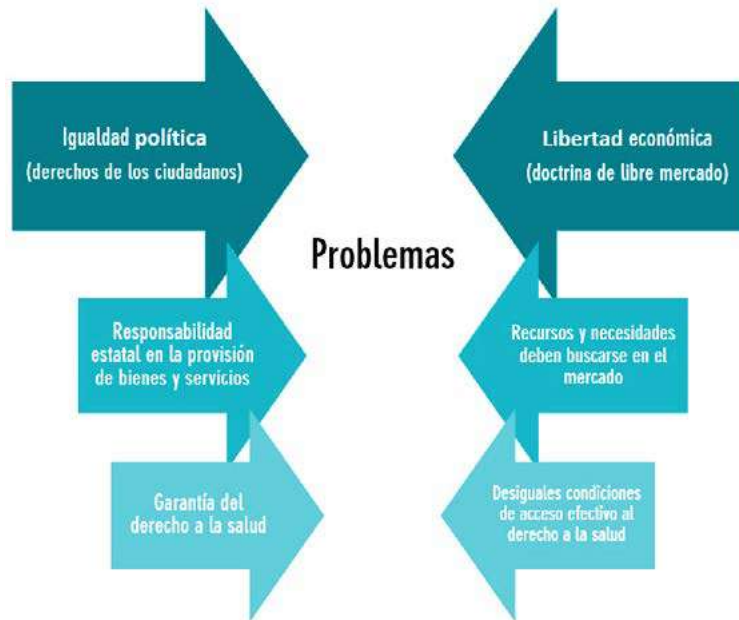
El *sector*,³ en cambio, hace referencia a las instituciones y recursos que se asignan sectorialmente, que contienen actores, conflictos e intereses propios del mismo sector.

Campo y *sector* no son sinónimos, sin embargo, y de acuerdo a sus definiciones, se puede pensar al sector de la salud como parte de un campo abierto cuyo análisis no puede realizarse de manera aislada del contexto social (Belmartino y Bloch, 1994).

Los problemas de salud que llegan a ser una cuestión de Estado no dependen necesariamente de los atributos biológicos para enfermar, sino de cómo se construye socialmente la noción de riesgo en salud, mediante la lucha por transformar el interés particular en general. Sin embargo, solo determinados grupos sociales o actores tendrán la capacidad (simbólica y material) para instalar la temática, pretendiendo que cobre un interés general, para el cual reclamarán la acción estatal (Zimmerman y Trom, en Minteguiaga 2009). Ejemplo de esto son las enfermedades denominadas huérfanas o poco frecuentes, que afectan a un número limitado de personas (muchas veces pobres) con respecto a la población en general. Debido a la baja prevalencia de cada una de ellas y a la vulnerabilidad de quienes las padecen, no logran tematizarse públicamente y así transformarse en una demanda al Estado, menos captar la atención de los actores del sector privado.

³ Aquí no se hace referencia al concepto de sistema, debido a que no da cuenta de la complejidad de la cuestión sanitaria, al mismo tiempo que conlleva simplificaciones atravesadas por los modelos de organización de la atención.

Figura 1.2. Igualdad en el derecho y condiciones de acceso desiguales



Fuente: elaboración propia.

Estos *problemas*, por lo general, suelen expresar la contradicción que se genera de la relación entre la promesa de igualdad del derecho a la salud y la desigualdad en las condiciones de acceso al goce efectivo de ese derecho.

La *cuestión sanitaria* que reúne a los problemas de salud también es una construcción social, política y cultural que, inmersa en el campo, orienta a la política social del sector y a la oferta de servicios en relación con las necesidades de la población que logren tematizarse. Como el propio campo, expresa la contradicción de las sociedades mercantiles mencionada con anterioridad, por eso tiene un carácter conflictivo a la vez que dinámico.

Definición

La *cuestión sanitaria* expresa esa promesa de la igualdad en el derecho a la salud y la desigualdad en las condiciones de acceso que surjan en el campo de la salud; y se enunciará como problemas relacionados con el riesgo sanitario y el bienestar de la población, que logren convertirse en temas de interés general y reclamen un tratamiento público y estatal.

Todo problema que de allí surja será contingente a los determinantes sociales y requerirá de la intervención estatal para su solución, por eso la *cuestión sanitaria*

es un ámbito de intervención que requiere de una triple mirada (Tobar, 2015) para ser desentrañada:

- la situación de la salud de la población (situación epidemiológica),
- la situación de las políticas en salud y
- la situación del sistema de servicios.

Figura 1.3. La cuestión sanitaria



Fuente: elaboración propia a partir de Tobar (2015).

Definiciones

- La primera categoría, *salud de la población*, constituye la dimensión de la calidad de vida y del desarrollo humano de la población.
- La segunda categoría, las *políticas de salud*, alude a las políticas sociales del sector, en cuanto intervenciones sociales del Estado⁴ orientadas a los problemas de salud de la población, que hacen a la reproducción de la vida y las condiciones de vida de las personas y de los grupos sociales (Danani, 2009).
- La tercera categoría, el *sistema de servicios de salud*, engloba la totalidad de las acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud (Tobar, 2015), y se conforma como un espacio de interfaz entre la sociedad y el Estado en la problemática.

La *salud de la población*, como ya se ha visto, depende de muchos factores que trascienden la problemática del desarrollo de los servicios. Como quedó definido

⁴ Estado entendido como relación, es decir, el Estado se configura y reconfigura en diálogo con la sociedad; y como institución entendido como aparato burocrático (Oszlak y O'Donnell, 1981).

en el enfoque sobre los determinantes sociales de la salud (informe de Lalonde de 1974),⁵ la biología humana, el ambiente, las formas de vida y la organización del cuidado son factores que influyen e intervienen en esta. Por eso, la salud puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos, pero, si bien cada indicador señala y destaca ciertas prioridades y situaciones (Tobar, 2015), es necesario tener en cuenta que el proceso salud-enfermedad posee una raíz social, cultural y política que involucra temáticas, como la violencia, los ingresos, la urbanización, la falta de acceso a agua potable y servicios ambientales, el impacto del cambio climático, etcétera, que también deben ser tenidas en cuenta para su intervención (OMS, 2014).

Una *política de salud* implica la definición previa de la salud como un problema público, considerando que un problema de salud condiciona o determina la situación de salud o epidemiológica de la población, pero también a todo factor involucrado con la producción y manutención de la salud, el bienestar, en particular, a los servicios de salud (Tobar, 2015).

Los servicios de salud se pueden distinguir entre personales y públicos. Los personales contemplan el conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que se aplica directamente a los individuos. En cambio, los servicios de salud pública refieren a las acciones que se dirigen ya sea a las colectividades (educación masiva en salud), o a los componentes no humanos del ambiente (saneamiento básico), o a la estructura (establecimientos y recursos sanitarios). La salud pública rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del dominio del sector de la salud definido de manera estrecha, para incluir también la interacción con todos los demás sectores que tienen una influencia en la salud de las poblaciones (Londoño y Frenk, 1997).

Por ejemplo, el camino de la mujer embarazada no es el mismo para todas. En la Argentina, más del 99% de las embarazadas asiste a una institución de salud para ser atendidas en su parto por personal especializado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, es decir, sin control prenatal (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013). A esto se debe sumar, además, que existen brechas importantes en la disponibilidad y acceso a los *servicios de salud*.

De acudir y acceder al sector, la *situación* de la mujer embarazada puede atravesar distintos problemas:

- Puede cursar un embarazo que hasta el momento de parir presenta bajo riesgo, entonces el recorrido recomendado desde las políticas sanitarias comenzaría con el control prenatal, consultando a integrantes del equipo de salud o con un/a obstetra, ya sea en un centro de salud, en un centro

⁵ Institucionalizado recién por la OMS en 2004.

de atención médica o en un consultorio externo, hasta luego ser derivadas a la maternidad.

- Muchas veces, el embarazo trae complicaciones para la madre (preeclampsia, diabetes gestacional, placenta baja, infecciones por bacterias o virus, entre otras) que, a la vez, pueden ser también transmitidas al feto o no; o bien la madre puede portar una enfermedad previa al embarazo, que requerirá de mayores controles y cuidados en este período. También puede ocurrir que el feto tenga una enfermedad congénita, malformaciones o presente otras complicaciones de salud, por lo que requerirá de una mayor frecuencia de los controles y la derivación oportuna al nivel de complejidad correspondiente. Aquí el recorrido por el sistema de salud será muy diverso, transitará reiteradas veces entre especialistas (dependiendo de cada caso) y establecimientos públicos o privados hasta dar a luz al niño o la niña, en una maternidad u hospital que cuente con el nivel de complejidad requerido para cada caso en cuestión.

En paralelo, el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes opera como paraguas en el plano de las *políticas de salud*. Ofrece a los equipos de salud orientaciones acerca de la atención, el asesoramiento y los recursos asistenciales a los que deben acceder las mujeres que desean lograr un embarazo, las embarazadas y las puérperas, a fin de que alcancen el mejor resultado posible, tanto para ellas como para sus hijos/hijas (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013).

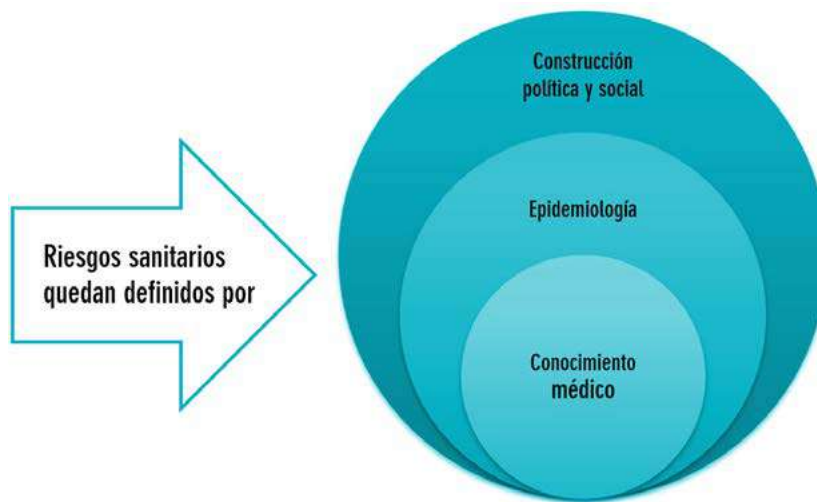
Luego existen otras políticas sanitarias, programas o planes que intervienen sobre los subsectores de salud (público, seguridad social o privado) para facilitar a las embarazadas el acceso a la información, a las consultas, al diagnóstico o al tratamiento y la atención, promover una acción integral que garantice el cuidado pleno de la embarazada desde los primeros días de gestación hasta el parto, y respetar sus derechos. No nos olvidemos de algunos medicamentos que pudieren recibir de forma gratuita mediante algún programa y del calendario de vacunación obligatorio, gratuito en hospitales y maternidades públicas, así como también en centros de salud o cubiertas por el Plan Médico Obligatorio⁶ para el caso de las obras sociales y las prepagas.

⁶ Establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las obras sociales y agentes del seguro a toda la población beneficiaria. Para el caso de las embarazadas, contempla una canasta básica de servicios y medicamentos que incluye medicina preventiva y ambulatoria, cobertura de las madres durante el embarazo y el parto, cobertura de los niños durante el primer año de vida, etcétera (Ministerio de Salud de la Nación).

Los problemas de intervención estatal

Una situación problemática particular se vuelve un tema de atención pública cuando se generaliza hasta transformarse en un objeto de intervención socioestatal para su resolución. Por lo tanto, y tal como se ha advertido arriba, la construcción de un problema acerca de los riesgos sanitarios que afectan a la salud de la población y su bienestar, sobre los cuales los gobiernos son llamados a intervenir, será resultado de su tematización y devenir en interés general (Zimmerman y Trom, en Minteguiaga 2009).

Figura 1.4. Conformación del riesgo sanitario



Fuente: elaboración propia.

Es decir, los riesgos sanitarios no dependen exclusivamente ni del conocimiento médico ni de la epidemiología, sino de una construcción social, política y cultural, que se constituyen como tal cuando son tematizados y cobran estatus público.

Contienen *demandas* y *necesidades* de la población en salud convertidas en un *problema público*. Sin embargo, logran instalarse en la agenda del Estado cuando ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos, o incluso individuos estratégicamente situados, creen que pueden y deben hacer “algo” al respecto, y están en condiciones de luchar y negociar para incorporar a la agenda del Estado los problemas vigentes.

Son las políticas estatales las que intentan o dicen intentar responder a las demandas y necesidades de la población que emergen como un problema para la sociedad en su conjunto (Oszlak y O’Donnell, 1981). Pero no toda demanda es resuelta y no toda necesidad es satisfecha, sino que son objeto de selección de los gobernantes, en

este sentido, una política estatal implica una toma de posición que intenta o dice intentar resolver dicho problema público.

¿Cómo se fue configurando la relación entre el Estado y la población en el campo de la salud?

Las intervenciones del Estado en salud han ido cambiando conforme se fue transformando el conocimiento sanitario, pueden identificarse diversos tipos de intervención según el paradigma científico, el desarrollo urbano, las condiciones epidemiológicas, el modelo de Estado, el tipo de derecho promulgado, etcétera.

A lo largo de la historia, se han podido identificar, en términos generales, el modelo higienista, el modelo asistencialista, el modelo reformista y su crisis posterior.

Cuadro 1.1. Modelos sanitarios según paradigma científicista

Modelo	Tipo de intervención	Acción priorizada
Higienista	Regular riesgos	Encierro
Asistencialista	Medicalización	Atención individual
Reformista	Rectoría	Sistemas y servicios de salud
Crisis del reformista	Rectoría/financiación/gestión	Integración de la atención

Fuente: elaboración propia a partir de Tobar (2003).

Modelo higienista: la salud se asemejaba a la seguridad, en el sentido de regular riesgos aislando a quienes podían contagiar al resto, reprimiendo y encerrando a quienes asumían conductas enfermizas y enfermantes.

La visión estaba orientada a garantizar el bienestar colectivo por sobre las libertades individuales. En este modelo, el desarrollo de las políticas sanitarias de los gobiernos estuvo más orientado a informar y regular que a la atención (Tobar, 2013, 2015).

Modelo asistencial: caracterizado por algunos autores como el *modelo médico hegemónico*, emergió con el advenimiento de la medicina moderna y positivista como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica legitimada por el Estado.

La tecnología médica fortaleció aquí las respuestas asistenciales, medicalizando todos los problemas sanitarios, a su vez, la salud pasó a ejercerse dentro del hospital y se abandonó la atención colectiva, promoviendo la individual. La premisa fue que, proveyendo servicios de asistencia médica adecuada, todos los problemas de salud de la población iban a estar resueltos, imponiendo un modelo curativo.

En esta cosmovisión, la enfermedad fue concebida como una ruptura y desviación, mientras que la salud constituyó una normalidad estadística. Fue la incorporación de saberes económicos al ámbito sanitario lo que evidenció las limitaciones⁷ de este modelo (Tobar, 2013, 2015).

Modelo reformista: frente a las severas limitaciones económicas del modelo anterior, se comenzaron a desplegar diversas reformas de los sectores de salud buscando superar dichos límites. Se han buscado soluciones por diferentes vías y, aunque no todos los sectores eran iguales, las propuestas tendieron a converger en una cosmovisión: la redefinición de las funciones del Estado y los procesos de descentralización.

Apareció como prioridad delimitar el rumbo hacia el que debían avanzar dichos sectores y emergió la noción de *rectoría*, lo que implicó una revisión de la función de regulación y requirió de mucha mayor responsabilidad por parte de los gobiernos centrales. La rectoría derivó de la creciente tendencia a la separación de las funciones de financiación y prestación de servicios, a la mayor autonomía de los servicios públicos, al desarrollo de los seguros competitivos, así como de seguros públicos para cubrir a la población carenciada, y a la aparición de nuevas amenazas, como las epidemias propagadas con objetivos terroristas.

Estos cambios exigieron, entre otras cosas, una mayor capacidad de conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria.⁸

Las políticas de salud se volcaron así hacia los servicios, mucho más que a la promoción, prevención y combate de las enfermedades prevalentes.

La consecuencia epidemiológica fue que, durante los últimos años, enfermedades que deberían haberse erradicado aumentaron, enfermedades ya erradicadas resurgieron, y a ello se sumaron nuevas enfermedades emergentes (Tobar, 2013, 2015).

Crisis del modelo reformista: el anterior modelo ha encontrado sus límites para reducir los riesgos de salud de la población y entrado en crisis. Por un lado, se hizo evidente la fragmentación en el modelo de atención, es decir, la coexistencia de establecimientos

⁷ A inicios de la década de los sesenta, se sostuvo que los incrementos en la oferta de servicios de atención médica inducían a incrementos similares en la demanda, motivo por el cual la oferta de servicios nunca iba a resultar suficiente. A su vez, análisis económicos evidenciaron que, a partir de cierto nivel, el incremento sostenido de los presupuestos sanitarios registraba rendimientos decrecientes (Tobar, 2013).

⁸ La OMS definió once funciones esenciales del Estado en la salud: 1) monitoreo y análisis de la situación de la salud; 2) vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos; 3) promoción de la salud; 4) participación social y empoderamiento de los ciudadanos; 5) desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión; 6) reglamentación e implementación de la salud pública; 7) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud; 8) desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9) asegurar la calidad de los servicios de salud a individuos y a la población; 10) investigación y desarrollo de innovaciones en salud pública; 11) reducción del impacto de las emergencias y los desastres en salud (Tobar, 2015).

de salud no integrados. Servicios de distintos niveles que no coordinan entre sí y no cubren todos los aspectos de la atención (promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), por lo que no se han ajustado a las necesidades de la población. En la gestión, la segmentación también ha comenzado a hacerse visible: la coexistencia de subsectores con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión. Finalmente, en el financiamiento han coexistido múltiples fuentes, modalidades de contratación y pago para las mismas prestaciones, lo que promovió diferentes estándares para la provisión de servicios, aun cuando la población pudiera tener idénticas necesidades sanitarias (Tobar, 2013). Esta crisis ha dado lugar a la coexistencia de modelos o intervenciones diversas, sin una tendencia claramente definida.

En suma, fue la relación e interacción entre el *Estado* y la *sociedad*, a partir de sus necesidades y demandas, la que ha ido transformando y reconfigurando los períodos arriba identificados, instalando diversas lógicas de intervención para solucionar o intentar solucionar los problemas de salud de la población.

Bibliografía

- Banco Mundial (1999). “Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993. Investindo em Saúde. Indicadores de desenvolvimento mundial”. En Naomar, Almeida Filho y Jairnilson, Silvia Paim, “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n° 75, pp. 5-30.
- Belmartino, Susana y Claudio, Bloch (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos*. Buenos Aires: OPS-OMS.
- Borrell, Carme y Malmusi Davide (2010). “La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010”. *Gaceta Sanitaria*, vol. 24, supl. 1, pp. 101-108.
- Bourdieu, Pierre (1999). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Crojethovic, María y Fidalgo, Maitena (2018). “Trabajadores e instituciones de salud: sentidos y fundamentos en disputa”. En Grassi, Estela y Hintze, Susana (coords.), *Tramas de la desigualdad. Las políticas y el bienestar en disputa*, pp. 351-390. Buenos Aires: Prometeo.
- Danani, Claudia (2004). “El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la Economía Social”. En Danani, Claudia (comp.), *Política Social y Economía Social: debates fundamentales*, pp. 9-21. Buenos Aires: UNGS-Fundación OSDE-Altamira.
- (2009). “La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización”. En Chiara, Margdalena y Di Virgilio, Mercedes (comps.), *Política social: conceptos y herramientas*. Los Polvorines-UNGS.

- (2012). “La recuperación de lo público: tres desafíos para reconstruir lo valioso y discutir el sentido”. En Arias, Ana, Bazzalo, Alejandra y García Godoy, Bárbara (comps.), *Políticas públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*. UNGS-Universidad Autónoma del Estado de México. Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Maternidad e Infancia. Salud Comunitaria*.
- Franco-Giraldo, Álvaro y Álvarez-Dardet, Carlos (2008). “Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud”. *Gacetilla Sanitaria*, n° 22, 3, pp. 280-286.
- Grassi, Estela (1997). “Políticas Sociales, necesidades y la cuestión del trabajo como capacidad creadora del sujeto humano”. Jornadas Internacionales Estado y Sociedad: las nuevas reglas del juego. Buenos Aires: Mimeo.
- Hunt, Paul (2006). “The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges”. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 100, n° 7, pp. 603-607.
- Londoño, Juan y Frenk, Julio (1997). “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”. *Documento de Trabajo 353*, Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 1-32.
- Minteguiaga, Analía (2009). *Lo público de la educación pública: la reforma educativa de los noventa en Argentina*. México: FLACSO.
- Naomar, Almeida Filho y Jairnilson, Silvia Paim (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n° 75, pp. 5-30.
- Offe, Claus (1990 [1976]). “La política social y la teoría del Estado”. En Offe Claus, *Contradicciones en el Estado de Bienestar*, pp. 72-101. Madrid: Alianza Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (2005). “Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas”. Documento de posición de la Organización panamericana de la Salud-OMS.
- (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53° Consejo Directivo 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
- Oszlak Oscar y O'Donnell Guillermo (1981). “Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una Estrategia de investigación”. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), documento G.E. CLACSO, vol. 4. Buenos Aires.
- Restrepo, Jairo (2014). “Economía y financiamiento de la salud”. En Blanco Restrepo y Maya Mejía, *Administración de Servicios de Salud*. Tomo II. L, pp. 29-31. Bogotá: Fondo Editorial.
- Spinelli, Hugo (2010). “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. *Salud Colectiva*, vol. 6, n° 3, pp. 275-293.
- Testa, Mario (2007). “Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿cómo? y ¿por qué?”. *Salud Colectiva*, vol. 3, n° 3, pp. 247-257.

- Tobar, Federico (2013). “La salud Pública y Derecho a la Salud”. En Clérico Laura, Ronconi Liliana, Aldao Martín. *Tratado de Derecho a la Salud*, tomo I, pp. 3-15. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- (2015). “Salud y cuestión social”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 11-19. Los Polvorines: UNGS.
- Topalov, Christian (1979). *La urbanización capitalista*. México: Edicol.
- WHO (1999). *Renewing the Health-for-All. Strategy. Elaboration of a policy for equity, solidarity and health*. En Naomar, Almeida Filho y Jairnilson, Silvia Paim, “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n° 75, pp. 5-30.
- Zimmerman, Danny y Trom, Bénédicte (2009). “Cadres et institution des problèmes publics: les cas du chômage et du paysage”. En Minteguiaga, Analía, *Lo público de la educación pública: la reforma educativa de los noventa en Argentina*. México: FLACSO.

Notas del Módulo 1

Lined area for notes, starting with a horizontal line below the title.



Foto: Magdalena Chiara.

Módulo 2

La responsabilidad estatal

Ya se ha hecho mención sobre el problema que conlleva que los bienes y servicios de salud sean mercancías como cualquier otro producto de intercambio. La utilidad de estos, muchas veces, ubica a la población entre la vida y la muerte, entre una posible discapacidad –o no–, y gozar de distintos grados de bienestar o dignidad. Es por eso que no son cualquier tipo de mercancías, sino que, en su mayoría, operan de manera directa sobre la reproducción de la vida en general, pero también sobre la calidad de vida y bienestar.

Ahora bien, para que toda la población, y no solo algunos, acceda a estos bienes y servicios, es necesaria la intervención estatal, al menos, con ciertas funciones básicas: rectoría, regular, financiar, proveer, informar; y es posible anexar una sexta, la generación de recursos.

Figura 2.1. Funciones del Estado en salud



Fuente: elaboración propia a partir de Restrepo (2014).

La *rectoría* como una función paraguas de las demás requiere del desarrollo de responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones intergubernamentales. Es una función de competencia ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio Nacional de Salud). Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas, para satisfacer y garantizar las necesidades y aspiraciones legítimas en salud de los conjuntos de los actores sociales, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado (OMS, 2007). La *regulación*, en cambio, permite ejercer el control estatal sobre el mercado de salud, ajustando lo mejor posible el comportamiento empresarial al interés colectivo (Thwaites Rey y López, 2004). El *financiamiento* implica invertir en bienes y servicios, ya sea promoviendo atención y producción pública, o pagando a un privado para que los produzca. La *provisión*, con la misma lógica que para el financiamiento, puede brindarse mediante establecimientos públicos o puede contratarse a un tercero proveedor (Tobar, 2015). Además, el Estado debe *informar* a la población sobre los riesgos sanitarios a los que están expuestos, a través de campañas de promoción y prevención u otros abordajes que incorporen las nuevas tecnologías, y sobre los derechos y garantías de los que gozan los ciudadanos. También es potestad del Estado informar a proveedores, aseguradores y financiadores de salud para que puedan planificar y actuar en consecuencia (Pintos, 2001). Finalmente, en caso de que el modelo de atención de salud se corresponda con un alto grado de protección con relación al financiamiento y la provisión pública, el modo en que se *generen los recursos* pasará a ser una función importante del Estado (Restrepo, 2014).

Cuadro 2.1. Funciones del Estado en salud

Función	Definición	Ejemplo
Rectoría	Constituye la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, al igual que para conducir el sector en su totalidad. Asimismo, identifica tres grandes responsabilidades para, efectivamente, ejercer la gobernanza del sector: (i) proveer una visión y dirección general; (ii) recolectar/“inteligencia”; y (iii) ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos. Pone el énfasis en la capacidad del gobierno para ejercer un buen desempeño que se refleje en los resultados del sector (OMS, 2007).	Cuando la autoridad central decide implementar un seguro público de salud a partir de i) diseñar un plan único de beneficios igual para todo el territorio nacional; ii) usar reglas de juego comunes para la asignación de recursos; iii) implementar un marco único de supervisión y auditoría, y iv) definir un conjunto de indicadores sanitarios y una política de metas con una estructura de incentivos que estimula su cumplimiento. A su vez, esto debe respetar la organización federal del país, estableciendo mecanismos formales de generación de consensos entre niveles de gobierno y al interior de las jurisdicciones (Giedion et al., 2014).
Regular	Establecer y administrar un contrato que permita ajustar lo mejor posible el comportamiento empresario al interés colectivo. Se trata de que el Estado brinde incentivos que sirvan de reemplazo a la disciplina mercantil. De este modo, las empresas son condicionadas a actuar como si estuvieran sometidas a competencia y, en teoría, se evitarían las ineficiencias, dado que nadie puede abusar de la situación de monopolio de la que goza apropiándose de las rentas producidas por tal situación (Thwaites Rey y López, 2004).	Los gobiernos pueden regular sobre 1) el ejercicio de las profesiones, definiendo qué condiciones y cuáles son las competencias y requisitos para las especialidades; 2) la habilitación y categorización de los servicios; 3) el registro y la circulación de los bienes, medicamentos e insumos; y 4) los requisitos de funcionamiento de los seguros (Tobar, 2015).
Financiar	Invertir en prestaciones de servicios, tanto públicas como privadas (Tobar, 2015).	Involucra tanto el pago de prestaciones de seguro con clientes y beneficios determinados como el sustento de la oferta de servicios para toda la población mediante el presupuesto público (Tobar, 2015).
Proveer	Suministrar servicios utilizando instalaciones de propiedad pública y personal asalariado de la administración pública o privada (Tobar, 2015).	Cuando una sociedad decide financiar los servicios de salud con fondos públicos, se presenta la disyuntiva de si proveerlos a través de las instalaciones públicas o pagar a productores privados para que los suministren. Los problemas para el gobierno son los mismos que para el sector el privado y giran en torno a los costos –es más económico producir o comprar– y a los riesgos y dificultades de hacer cumplir los contratos y evitar el fraude en el trato con dichos proveedores (Tobar, 2015).
Informar	Proveer la información necesaria a consumidores, productores de bienes y servicios, aseguradoras, proveedores, y financiadores de la salud para que puedan tomar decisiones (Tobar, 2015; Restrepo, 2014). Aplicar estrategias comunicacionales –masivas y comunitarias– orientadas a los ciudadanos en materia de prevención, protección sanitaria y promoción de estilos de vida saludables, pero también de diseño e implementación de políticas de salud y educación más globales (Pintos, 2001).	La información puede brindarse mediante campañas de información sobre algún factor de riesgo, higiene, etcétera, pero también se informa a los proveedores de atención médica sobre protocolos a seguir, o mediante la investigación difundiéndose información de patrones de enfermedad y los efectos o riesgos de procedimientos técnicos (Tobar, 2015).
Generar recursos	Generación de fondos disponibles para asegurar que todos tengan acceso efectivo a los servicios (Restrepo, 2014).	Recolectar ingresos mediante impuestos o la seguridad social, contribuciones voluntarias, etcétera (Restrepo, 2014).

Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

Al poner en práctica sus funciones, el *Estado se convierte en un actor*:

- define los problemas de salud,
- delimita las responsabilidades de los otros actores,
- establece a los sujetos meritorios de su ayuda en salud y
- define las condiciones en que ese merecimiento será otorgado.

A la vez, jurídicamente, está obligado a garantizar el contenido mínimo del derecho a la salud.

Los modelos sanitarios

Cuando se hace referencia a los grados de bienestar de la población, se discute particularmente sobre la política social y los regímenes de bienestar, para debatir, principalmente, la forma en que se administran los riesgos intrínsecos a las relaciones sociales, en sociedades en las que el trabajo está mercantilizado. El infortunio de la dependencia de los individuos de los ingresos laborales constituye el factor principal, ya que los bajos ingresos —o la ausencia de estos— afectan tanto las condiciones de vida y el grado de bienestar como su supervivencia física. Es la “política social” la que interviene y gestiona públicamente los riesgos sociales que amenazan a la reproducción (Ruvalcaba, 2006).

Las intervenciones estatales sobre el riesgo variarán según la sociedad defina a la institución legítima que debe garantizar la responsabilidad del bienestar a la población —en un proceso conflictivo y de disputas—. Los modelos que así se estructuran dependerán de los distintos arreglos cualitativos que se den entre las instituciones proveedoras de ese bienestar: el *Estado*, como asunto de derecho; al *mercado*, como una relación de particulares; o a la *familia*, como un asunto de privados (Esping-Andersen, 1993).

Los distintos regímenes de bienestar que se estructuran a partir de esta interrelación ordenarán el modo de administrar el riesgo en salud y delinearán la forma que adoptará el sector. Clasificarlo de acuerdo a la protección social permite, en un principio, diferenciar dos alternativas opuestas: tratar a la asistencia sanitaria como un bien privado o como un derecho. Los primeros sostienen que la financiación de la asistencia se debe lograr vía el pago directo o la compra voluntaria de una póliza de seguros. En cambio, el derecho a la salud como garantía de ciudadanía implica una transformación del sistema de financiación y, por ende, de la organización y la estructura del sistema sanitario (Seguí Gómez, Toledo Atucha y Jiménez Moleón, 2013).

Una mirada general sobre el tema ofrece tres modelos puros que emergen de los países centrales: el de seguridad social o de Bismarck, el de seguro nacional o de Beveridge y el liberal. Si bien esta pureza no existe, en las experiencias cada uno ha ido adoptando sus propias particularidades.

Modelo de Bismarck: es el más antiguo, inspirado en la legislación social de Alemania, en 1883 (Seguí Gómez, Toledo Atucha y Jiménez Moleón, 2013). Aquí los actores principales son el comprador de servicios o insumos de salud, por el lado de la demanda, y el Gobierno y los médicos, por el lado de la oferta. Está financiado por cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores, apoyado por los impuestos, los recursos financieros van a “fondos”, que son entidades no gubernamentales reguladas por ley para su gestión. Dichos fondos contratan hospitales, médicos de familia, etcétera, para que provean los servicios a sus asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto (Purroy, 2005).

En general, el Estado es quien garantiza las prestaciones mediante las cuotas obligatorias provenientes de contribuciones e impuestos. Los profesionales son retribuidos mediante acto médico, y las instituciones hospitalarias reciben un presupuesto global. La red de salud pública queda en manos del Estado, que se constituye en autoridad sanitaria.

En la actualidad, este modelo podría visualizarse en países, como Alemania, los Países Bajos, etcétera, aunque han sufrido sucesivas modificaciones (Seguí Gómez, Toledo Atucha y Jiménez Moleón, 2013).

Modelo de Beveridge: se ha inspirado en el informe Beveridge de 1942, que se formalizó en la organización adoptada por Suecia, en la década de los treinta y dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países. Los actores principales en este modelo son el gobierno, con gran implicación en la gestión, y los médicos como asalariados o per cápita; aunque existen algunos pagos directos por parte de los beneficiarios. La financiación es pública mediante impuestos y existe un presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias. La prestación tiende a buscar condiciones de universalidad, equidad, gratuidad y libertad de acceso para toda la población. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y, descentralizadamente, en comunidades autónomas y municipios que deciden y elaboran planes de salud (evaluables y de cumplimiento obligado). Existe un pequeño sector privado, pero, en general, toda la población tiene libertad de acceso al Sistema Público Nacional (Purroy, 2005). Este modelo puede evidenciarse en Inglaterra, mediante el National Health Services (NHS), pero, en la actualidad, el avance de la mercantilización ha penetrado en el sector público, lo que generó consorcios de privados que han comenzado a brindar atención de distinto tipo (Maceira, 2006).

Modelo liberal: se trata de una relación de particulares dentro del sector privado, en la que el ciudadano se involucra de manera directa con la aseguradora o con el proveedor (Restrepo, 2014). Sus actores principales son la población y las empresas, grupos o asociaciones de profesionales del sector privado, entre otros. Utiliza

diferentes mecanismos de financiamiento que van desde el pago directo por cada atención de parte del beneficiario hasta planes de seguro sobre la base del prepago de primas ajustadas por riesgo y copagos (Acuña, 2007). Está dirigido predominantemente a la población de mayores ingresos y centrado en servicios de carácter curativo, aunque se observa un crecimiento importante del sector, a expensas de gastos de bolsillo de las familias pobres y de ingresos medianos que no logran ser cubiertos por el sistema público o la seguridad social. Ocurre dentro de un entorno de prestación de servicios altamente desregulado con niveles muy bajos de aseguramiento o prepago (Londoño y Frenk, 1997). Desde la demanda, puede existir una restricción de afiliación para algunos: población con riesgos altos o que no dispone de dinero; y pasa a ser responsabilidad del Estado la atención a los grupos más carenciados y vulnerables. Desde la oferta, se promueve la competencia entre proveedores y entre aseguradoras, los cuales ganan beneficios o bien deben cerrar (Purroy, 2005). Muchos dispositivos de este modelo están siendo aplicados en otros sistemas sanitarios, como el análisis de costes por proceso para hacerlos más eficientes. Su máximo exponente es Estados Unidos (Tobar, 2000).

Bajo este paraguas puede reconocerse, según Terris (1980), la existencia de tres sistemas básicos de atención médica en el mundo, asociados a los modos de producción actual: precapitalista, capitalista y socialista; que corresponden al de asistencia pública, seguro de salud y sistema nacional de salud, respectivamente. A pesar de los esfuerzos de sistematización, existe mucha diversidad entre los diferentes países que poseen el mismo sistema de atención médica. A la vez, más de un sistema puede coexistir en el interior de un mismo país. Debe también tenerse en cuenta que los sistemas no son fijos e inamovibles, sino que hay un proceso continuo de revisión o reemplazo. Los sistemas nombrados no se corresponden necesariamente con los modelos mencionados arriba, aunque sí recuperan las formas de organización en cuanto a quién posee la responsabilidad sobre la provisión del bienestar en salud.

Asistencia pública (precapitalista): el Estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema integrado de manera vertical para la mayor parte de la población (Londoño y Frenk, 1997). La atención médica disponible es provista por un sistema de asistencia pública destinada a los sectores más vulnerables, que incluye hospitales gubernamentales y centros de salud financiados por los impuestos generales. El sistema y sus instalaciones están, generalmente, subfinanciados, no pueden satisfacer toda la demanda y tienen personal insuficiente. Los salarios de los médicos son, por lo general, bajos y se ven obligados a suplementarlos a través de otros cargos o de la actividad privada, por lo que los servicios de los médicos de tiempo completo, en la práctica, suelen ser de tiempo parcial.

Además del sistema de asistencia pública, administrado por los departamentos de salud, pueden existir programas organizados por las agencias de seguridad social para los trabajadores formales. Cuando existen, esos programas cubren solamente a una parte de la población. La mayoría, sin embargo, otorgan atención en sus propios hospitales y policlínicos en razón de la escasez de los servicios públicos y privados (Terris, 1980). El financiamiento se lleva a cabo ya sea mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores o a través de múltiples agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones.

Seguros de salud (capitalista): existen seguros gubernamentales y no gubernamentales, con el fin de eliminar o reducir la incertidumbre. El seguro gubernamental ha surgido en otros lugares como el componente más importante; existen algunos países en los cuales la totalidad de la población está cubierta por un seguro gubernamental de atención médica. En los demás países, la cobertura está comúnmente limitada a las personas empleadas, y pueden existir exclusiones de ciertos grupos ocupacionales o de aquellos cuyos salarios sobrepasan un cierto nivel. Aunque la mayoría de los países imponga contribuciones de seguridad social a empleados y empleadores, una porción considerable de los costos es financiada por fondos gubernamentales. La extensión de los servicios varía, no obstante, casi todos los programas de seguro nacional de salud –en las naciones industrializadas– están basados en el pago de honorarios a los servicios de la medicina privada. Es decir, los médicos y otros profesionales son empresarios independientes contratados por el gobierno o por cajas de enfermedad, para que proporcionen prestaciones médicas. En algunos países, la atención es proporcionada sin ningún pago adicional por parte del paciente, en otros, los pacientes con menores ingresos reciben un reembolso en efectivo para sufragar parte de sus gastos médicos, en cambio, quienes tienen ingresos superiores al nivel de los trabajadores calificados deben pagar una parte de los honorarios médicos, o bien puede exigirse el pago de coseguros por parte de todos los pacientes. La incapacidad de la mayoría de los seguros nacionales para cubrir el costo total de la atención es la mayor deficiencia de los programas de honorarios por servicio. En los países con seguro nacional de salud, las agencias administrativas son aquellas relacionadas con la seguridad social: los ministerios de bienestar social y sus institutos de seguro social (Terris, 1980).

El servicio nacional de salud (socialista): se encuentra, por lo general, en países industrializados o en un rápido proceso de industrialización. A diferencia del sistema de asistencia pública y del sistema de seguros, el servicio nacional de salud cubre la totalidad de la población. Como la mayoría de los sistemas de asistencia pública y

a diferencia de la mayor parte de los sistemas de seguro, la atención es a través de médicos asalariados y otro personal de salud que trabaja en hospitales gubernamentales y centros de salud. El financiamiento es por impuestos, prácticamente, todos los servicios están incluidos y se proveen libres de cargo, aunque esto varía en los medicamentos recetados en atención ambulatoria –desde la provisión sin cargo hasta el pago de su costo en diferentes proporciones– (Terris, 1980). Algunas veces sucede que el financiamiento público se ha combinado con una participación privada en la prestación de servicios creciente, que separa así las funciones del Estado entre financiación y provisión. Uno de los problemas más serios que aqueja a este tipo de organización es la falta de articulación, que con frecuencia queda sometida a la función de financiamiento. Esta falta conduce a que se fragmente de la prestación, lo que complica el control de la calidad y los costos (Londoño y Frenk, 1997).

En su aplicación, los modelos dependerán de las distintas dimensiones y variables que los construyan. Si bien no nos detendremos en esto, cabe mencionar, por ejemplo, que Evans (1981) los define teniendo en cuenta los modos de financiamiento, el pago y la regulación. Entonces, luego de identificar dos grandes tipos: el *público de carácter obligatorio* y el *privado voluntario*; los considera según cuatro formas de pago:

- *Pago directo de bolsillo* por parte del consumidor del seguro,
- *pago directo de bolsillo* por parte de los consumidores sin seguro,
- *pago indirecto* por un tercer pagador mediante contrato y
- *pago indirecto* por un tercer pagador (por presupuesto o salario) dentro de organizaciones integradas.

En América Latina, el sector ha heredado cierto eclecticismo al incorporar la impronta de los modelos de Beveridge, que promueve un sistema nacional; de Bismarck, que otorga centralidad a los seguros sociales; y el liberal, que promulga el libre mercado. Por lo general, han ido adquiriendo una combinación particular en la que suelen coexistir tres grandes subsectores: público, seguridad social y privado (Londoño y Frenk, 1997); lo que, a la vez, termina por definir –por acción u omisión– a un sujeto beneficiario, según las posibilidades y condiciones de acceso a los subsectores:

Los *pobres*, tanto rurales como urbanos, los cuales quedan excluidos de la seguridad social porque no están formalmente empleados.

Los que *trabajan en el sector formal de la economía* quedan cubiertos por las instituciones de seguridad social que con frecuencia cubre a sus familiares también.

Las *clases medias y altas*, en su mayoría urbanas, que no están cubiertas por la seguridad social recurren a los servicios privados para satisfacer sus necesidades de salud, su financiamiento proviene fundamentalmente de desembolsos del

propio bolsillo. Algunas familias de este grupo están cubiertas mediante la contratación de seguros o planes de prepago privados.

En general, los ministerios de salud son los que se encargan de suministrar servicios a los sectores más vulnerables, además de implementar programas de salud pública que benefician a toda la población. A la seguridad social acceden los trabajadores formales y sus familiares; en cambio, el sector privado provee bienes y servicios a la población que tiene capacidad de pago, la cual accede de manera voluntaria, independientemente de contar con los beneficios de la seguridad social.

La fragmentación es característica del sector, cada subsector suele integrarse verticalmente, intentando coordinar en su interior los distintos niveles de atención, pero la articulación entre dichos subsectores es escasa o nula. Cada uno de estos –el ministerio de salud, las instituciones de seguridad social y el sector privado– desempeña las funciones de modulación, financiamiento, articulación –de haber– y prestación de servicios, según sus propias reglas de juego, dirigiéndose a sus beneficiarios.

Es sabido que, en los países de la región, la configuración fragmentada y segmentada provoca la duplicación de funciones y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología; y genera diferencias importantes de calidad en la cobertura. A la vez, existe una superposición considerable de la demanda, ya que los beneficiarios –muchas veces– no respetan las divisiones artificiales entre los tres segmentos: los beneficiarios de la seguridad social utilizan los servicios que ofrecen el sector privado o el Ministerio de Salud. El problema es que la carga de tal decisión recae sobre el consumidor que se ve obligado a pagar por la atención, a pesar de que ya antes pagó una prima de aseguramiento, por lo que se traduce en una importante fuente de desigualdad. Otra fuente de desigualdad es que las familias no aseguradas no pueden hacer uso de las instalaciones de la seguridad social –excepto en casos de urgencias y de algunos cuantos servicios de alta prioridad (Londoño y Frenk, 1997).

Cuadro 2.2. Modelos de salud en América Latina

Público unificado	Privado atomizado	Contrato público	Segmentado mixto
<p>El Estado financia y provee de forma integrada y vertical. Necesita de buena modulación. Monopolio gubernamental (rigidez y excesiva burocracia). No hay competencia por mejor servicio. Sin opción de prestador. Ausencia de contrato público a privado.</p>	<p><i>Mercado libre:</i> Pago de bolsillo a prestadores directos o agencias de seguros. Libertad de elección con calidades distintas y exclusión.</p> <p><i>Corporatista:</i> Fondos de enfermedad por competitivos. Separación entre financiamiento y provisión (público o privada).</p>	<p>Financiamiento público con participación privada de la prestación/provisión. Puede tener una integración horizontal si es de cobertura universal. Presupuesto global a prestadores según criterios de productividad. Alta fragmentación. Falta de articulación.</p>	<p><i>Con capacidad de pago:</i> Sector de trabajo formal cubierto por las instituciones de la seguridad social (monopolio). Desembolso, seguros privados, prepagos.</p> <p><i>Sin capacidad de pago:</i> Ministerio de Salud brinda asistencia. Sistema de integración vertical con segregación horizontal. Genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos. Ministerio Público desventajas del público unificado (rígido y burócrata), dudosa cobertura universal. Superposición de la demanda</p>

Fuente: elaboración propia a partir de Londoño y Frenk (1997).

Bibliografía

- Acuña, Cecilia; Levcovitz, Eduardo; Ruales, José y Brito, Pedro (2007). "Organización, Cobertura y Dinámicas de Cambio de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe". Módulo 1. Fundamentos de los sistemas de salud y salud pública, pp. 1-33. Washington D. C.
- Arce, Hugo (2010). *El Sistema de Salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Prometeo: Buenos Aires.
- Esping-Andersen, Gøsta (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Alfons el Magnánim.
- Evans, Robert (1981). "Incomplete Vertical Integration: the Distinctive Structure of the Health-care Industry". En Van der Gaag, Jacques y Perlman, Mark (eds.), *Health, Economics and Health Economics*. Ámsterdam: Apud North Holland.
- Giedion, Úrsula; Tristao, Igenes; Bitrán, Ricardo y Cañón, Oscar (2014). "Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina".

- En Giedion, Úrsula; Bitrán Ricardo y Tristao Ignes, *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*, pp. 9-44. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Londoño, Juan y Frenk, Julio (1997). “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”. *Documento de Trabajo 353*, Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 1-32.
- Maceira, Daniel (2006). “Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud. Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa”. EuroSocial-Sector Salud e Instituto Recherche pour le développement.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización*.
- Pintos Silva, Virginia (2001). “Comunicación y Salud”. *Inmediaciones*, año 3, n° 3, pp. 119-136.
- Purroy, Carlos (2005). “La provisión de los servicios sanitarios en la Unión Europea, ¿un espacio para el sistema europeo de salud?”. *Revista de Administración Sanitaria*; vol. 3, n° 3, pp. 517-27
- Restrepo, Jairo (2014). “Economía y financiamiento de la salud”. En Blanco Restrepo, Jorge y Maya Mejía, José M., *Administración de Servicios de Salud*, tomo II. I., pp. 29-31. Bogotá: Fondo Editorial.
- Ruvalcaba Navarro, Mario (2006). “Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina”. *Desacatos*, n° 21, pp. 109-134.
- Seguí Gómez, María; Toledo Atucha, Estefanía y Jiménez Moleón, José Juan (2013). “Sistemas de Salud. Modelos”. En Martínez González, Miguel Ángel (dir.), *Conceptos de Salud Pública y Estrategias Preventivas. Un manual para ciencias de la salud*, pp. 419-424. España: Elsevier.
- Terris, Milton (1980). “Tres sistemas mundiales de atención médica”. *Cuadernos Médico Sociales*, n° 14 V1 n° 1 y 2, pp. 78-86
- Thwaites Rey, Mabel y López, Andrea (2004). “La debilidad regulatoria como estrategia política”. *Revista del clad Reforma y Democracia*, n° 28, pp. 1-28.
- Tobar, Federico (2015). “Salud y cuestión social”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 11-19. Los Polvorines: UNGS.



María Crojethovic.

Módulo 3

La salud como derecho humano fundamental

Se debe considerar que la *relación derecho-salud* y la garantía estatal de que se cumpla también son una relación histórica; no siempre mantuvo el mismo significado, sino que fue variando según la relación que mantuvo con el conocimiento sanitario. Las concepciones del derecho a la salud o lo que se consideraba “derecho” fueron cambiando según las diversas definiciones acerca de *qué es la salud y cómo se la obtiene* (Tobar, 2013).

Dentro del *modelo higienista*, la salud se asociaba a la seguridad sanitaria del conjunto de la población, ya que una epidemia pondría en peligro el desarrollo económico de la época; en el *asistencialista* fue el individuo el que pasó a ser sujeto de derecho, se lo redujo a la asistencia médica. En cambio, en el *modelo reformista*, el derecho estaba ligado a la expansión de la garantía de acceso a la asistencia médica (Tobar, 2013).

Una nueva cosmovisión, relacionada con los *determinantes sociales de la salud*, fue propagando la noción de la salud con relación al desarrollo humano. Se convirtió así en un fenómeno con implicaciones políticas, económicas, sociales y, sobre todo, en un *derecho humano fundamental*. De aquí en adelante, la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia estarán entre las causas más importantes de la mala salud y de la muerte (OMS, 2005).

Cuadro 3.1. Modelo sanitario según el objeto de derecho

Modelo	Objeto de derecho
Higienista	Seguridad de la población.
Asistencialista	Individuo y su atención médica.
Reformista	Garantía de acceso a la asistencia médica.
Crisis del modelo reformista	Distintas perspectivas o enfoques del derecho a la salud que tienen por objeto el desarrollo humano.

Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

Existe una triple connotación del derecho a la salud:

- derecho fundamental, por su conexión con la vida;
- derecho asistencial, con relación al acceso a servicios, y
- derecho de índole colectiva, en su acepción de salud pública, que involucra otros aspectos.

La Constitución de la OMS define el *derecho a la salud* como *fundamental* y debe contemplar el *goce del grado máximo de salud que se pueda lograr*, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Debe ser promovido y protegido sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento o cualquier otra condición (OMS-OPS, 2014).

La salud pasará a ser un componente central del desarrollo humano sostenible, será un derecho esencial, pero, en muchos casos, quedará sujeto a la regulación del legislador, dependiendo de los recursos disponibles (Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet, 2008).

Para su cumplimiento, tal definición involucra la *responsabilidad del Estado* y de *otros actores*; y la *garantía* de los derechos de los ciudadanos. Va más allá de la atención e incluye el acceso al agua potable, higiene correcta y acceso a la información. Debe proveer protección y cuidado materno-infantil, salud mental y acceso a medicamentos esenciales, además supone la no discriminación y la no obligatoriedad del tratamiento. Asimismo, debe poner mayor atención en las poblaciones vulnerables y pobres (Hunt, 2006).

En el desempeño de sus funciones, es el Estado el que debe establecer las condiciones que aseguren los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de su población. Es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de los servicios. A su vez, dentro de este, los distintos niveles de gobierno (ya sea nacional, regional o local) necesitan de líneas claras de responsabilidad y de los mecanismos correspondientes para garantizar tal derecho (OMS, 2005).

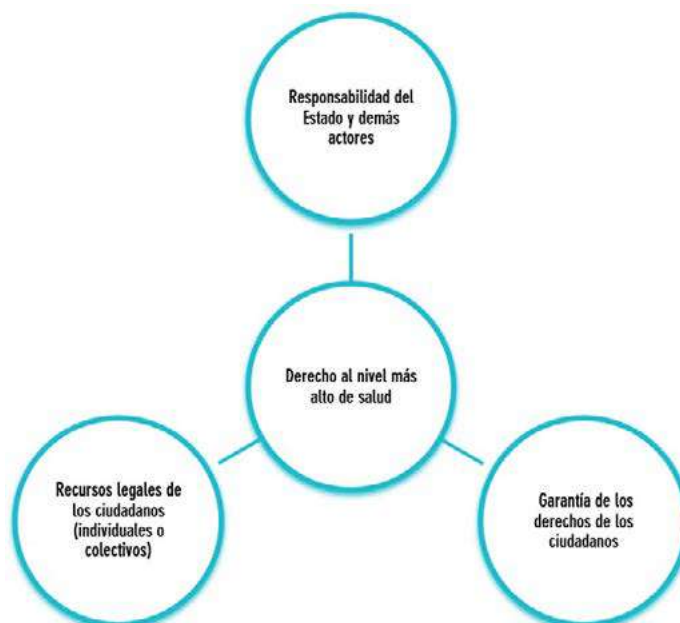
Para que este no sea considerado en abstracto, Hunt y Backman (2008) proponen lo siguiente:

- ✓ Un enfoque más holístico del sistema, centrado en el bienestar de los individuos, las comunidades y las poblaciones. Esto puede ayudar a que un sistema de salud no se convierta en tecnocrático y excluya a sus beneficiarios.
- ✓ Atender a la provisión de atención y servicios (por ejemplo, proporcionar acceso a medicamentos esenciales y agua potable), pero también a cómo se provee (de forma transparente, participativa y sin discriminación).
- ✓ Fortalecer la información de salud, para que los individuos y las comunidades promuevan su participación, el reclamo de servicios de calidad, el monitoreo y el control (para exponer los casos de abusos o corrupción, responsabilizar y demandar a las autoridades, etcétera).
- ✓ Involucrar a la comunidad en la identificación de la estrategia general, la formulación de políticas, la implementación y la rendición de cuentas.
- ✓ Ser sensibles a las cuestiones de etnicidad y cultura, estableciendo estrategias para alentar y facilitar a los pueblos originarios, la medicina y la salud pública.

La correlación entre el sistema judicial (derecho a un juicio justo) y el sistema de salud (derecho a alcanzar un alto nivel de atención) es lo que convierte a la salud en un *derecho exigible* y brinda a los ciudadanos los recursos legales para apelar cuando los compromisos no son cumplidos.

Dicha exigibilidad puede ser individual, cuando se trata de un bien distribuido que se resuelve en el goce individual y el reclamo jurídico tiene un tratamiento particular. También puede ser colectivo, cuando el perjuicio es masivo o indivisible, y el representante de un grupo reclama una acción (o su cese) de alcance colectivo (Muñoz de Alba Medrano, 2006).

Figura 3.1. Factores que promueven el derecho a la salud



Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

En suma, para una plena garantía del derecho, los servicios de salud deben tener la capacidad de responder a las necesidades de la población, brindando calidad en la atención y rindiendo cuentas acerca del accionar de las instituciones del sector.¹ Pero, además, los ciudadanos, mediante el ejercicio de sus derechos morales y legales, pueden modificar las condiciones que producen las inequidades en salud (OMS, 2005). Apelar simplemente a los valores o a la conciencia moral de la sociedad puede no ser suficiente para prevenir o combatir dichas inequidades.

¹ La rendición de cuentas requiere del desarrollo de políticas y de procedimientos reguladores y legales específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos si no se reúnen las condiciones apropiadas de su aplicación. Este principio se aplica a todas las funciones de los sistemas de salud sin consideración del tipo de proveedor (sea este público, privado o sin fines de lucro). El Estado, en cumplimiento de sus funciones, debe establecer las condiciones que aseguren los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población. En la mayoría de los países, el gobierno es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de los servicios de salud. La rendición de cuentas requiere del seguimiento y la mejora continua del desempeño del sistema de salud, de una forma transparente y sujeta al control social (OMS, 2005).

Es importante señalar que los organismos internacionales de derechos humanos que promueven el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) también velan por la garantía de estos en el ámbito internacional.

Si bien la adhesión a los pactos internacionales no obliga al Estado a adoptar una determinada forma de organización política ni de gobierno, sí le impone como garante final responder por las violaciones que pudieran producirse en el ámbito interno, cualquiera que sea el agente estatal que las hubiera causado (incluye a las autoridades provinciales sobre las que el derecho internacional no ejerce competencias directas).² En cierta medida, al derecho internacional le es indiferente la organización federal: siempre es el Estado nacional el que responde en los tribunales internacionales (Abramovich y Pautassi, 2008).

En la Argentina, el derecho a la salud, a diferencia de otros derechos sociales, no tuvo un tratamiento constitucional temprano. Mientras que los derechos sociales fueron incluidos en la Constitución de 1853 (aunque recién adquirieron una fuerte presencia en la reforma constitucional de 1949, que contenía un extenso catálogo sobre los derechos de los trabajadores), la primera referencia al derecho a la salud se incorporó de manera indirecta en el texto de la reforma constitucional de 1957³ (art. 14 bis). Allí, ha quedado señalado que el Estado debe otorgar los beneficios de la seguridad social, lo que tendrá un carácter integral e irrenunciable, a la vez que se establece un seguro social obligatorio (Abramovich y Pautassi, 2008). En este artículo, la garantía ha podido inferirse de la integralidad de la seguridad social y de la obligatoriedad del seguro social (Famá y Fortuna, 2015). Igualmente, no resultó un impedimento para que en los hechos se desarrollara un sector de salud pública, bajo la concepción de una cobertura universal, con una amplia red de efectores a cargo del Estado y un sector de obras sociales (seguros sociales) para los asalariados formales.

A partir de la reforma constitucional de 1994, ha quedado reconocida la tutela y la protección de la salud por dos vías:

- La primera se encuentra en el art. 42, que reconoce el *derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios* a la “protección de la salud y seguridad”

² Existe, sin embargo, una discusión compleja sobre el alcance de esas obligaciones. Los tratados de derechos humanos incorporados a la Constitución tienen normas distintas en ese sentido. Los dos grandes pactos de Naciones Unidas, de derechos civiles y políticos y de derechos económicos, sociales y culturales contienen la denominada “cláusula territorial”, que establece directamente que el tratado es aplicable en todo el territorio del Estado, sin ningún tipo de limitación relativa a la forma de organización federal. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, sin embargo, contiene una cláusula diferente. Su art. 28 contiene una “cláusula federal” que, en cierta medida, puede ser leída como una forma de morigerar o delimitar el alcance de esta obligación del Estado federal (Abramovich y Pautassi 2008).

³ En la Argentina, los derechos sociales se incluyeron en la primera Constitución de 1853, pero recién adquirieron una fuerte presencia en la reforma constitucional de 1949 que contenía un extenso catálogo sobre los derechos de los trabajadores (Bergallo, 2013).

en la relación de consumo, pero esto no enfatiza las garantías universales de salud, sino que limita la protección a las relaciones de “consumo de la salud”.

- La segunda vía protectora se logra al dar jerarquía constitucional a muchos de los artículos enunciados en el PIDESC.

Recién aquí se ha definido a la salud como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Y ha quedado el Estado jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, no pudiendo escudarse en la falta de recursos disponibles para justificar su incumplimiento (Abramovich y Pautassi, 2008).

Bibliografía

- Abramovich, Víctor y Pautassi, Laura (2008). “El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina”. *Salud Colectiva*, vol. 4, n° 3, pp. 261-282.
- Bergallo, Paola (2013). “Argentina: los tribunales y el derecho a la salud”. En Yamin, Alicia y Gloppen, Siri, *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, pp. 59-95. Argentina: Siglo XXI.
- Famá, María Victoria y Fortuna, Sebastián (2013). “Derecho a la salud, campañas de vacunación y tratamientos alternativos: sobre la potestad del Estado, la autonomía familiar y los derechos del niño”. En Clérico, Laura; Ronconi, Liliana y Aldao, Martín, *Tratado de Derecho a la Salud*, tomo I, pp. 451-483. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Franco-Giraldo, Álvaro y Álvarez-Dardet, Carlos (2008). “Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud”. *Gacetilla Sanitaria*, n° 22, 3, pp. 280-286.
- Hunt, Paul (2006). “The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges.” *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 100, n° 7, pp. 603-607.
- Hunt, Paul y Backman, Gunilla (2008). “Health systems and the right to the highest attainable standard of health”. *Health and human rights*, vol. 10, n° 1, pp. 81-92.
- Muñoz de Alba Medrano, Marcia (2000). “El derecho a la salud: ¿un derecho individual o social?”. *Concordancias. Estudios Jurídicos y Sociales*, n° 8, pp. 45-56.
- OMS (2005). “Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas”. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud-OMS.
- OMS-OPS (2014). “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”. 53° Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
- Tobar, Federico (2013). “La salud Pública y Derecho a la Salud”. En Clérico Laura, Ronconi Liliana, Aldao Martín. *Tratado de Derecho a la Salud*, tomo I, pp. 3-15. Buenos Aires: Abeledo Perrot.



Foto: Magdalena Chiara.

Módulo 4

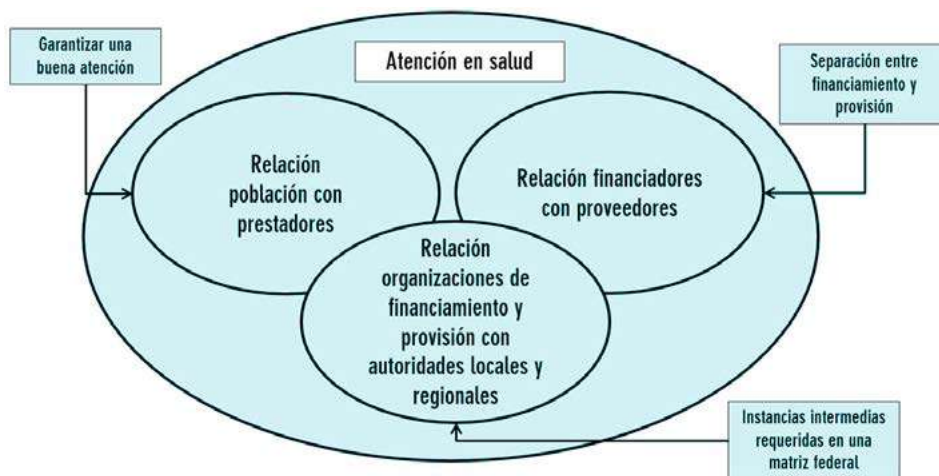
Espacio de gestión y constitución de la demanda

Los ámbitos en los que se desarrollan las políticas y los programas de salud, así como la gestión de los servicios se constituyen como *procesos complejos* en los que intervienen una multiplicidad de actores con sus diferentes perspectivas, intereses, capacidades y recursos de poder. Esto significa que las políticas no son procedimientos de planificación racional, sino procedimientos erráticos y sinuosos que van conformando nudos de políticas que deben ser desentrañados.

En salud, tales procesos son aún más inteligibles, debido a la cantidad de relaciones que establecen los actores en el flujo de provisión/financiamiento, el cual delimita sistemas y subsistemas (Tobar, 2000). Los ejes de relacionamiento que propone Belmartino (2008) permiten pensar cómo investigar estos procesos al ubicar el problema en alguno de estos flujos de relaciones, especificando si corresponde a la *atención*, al *financiamiento* o a la *gestión*.

El eje población-prestadores (*atención*) arroja claridad sobre aquello relativo al acceso a los servicios, a la atención, a los establecimientos; definiendo qué cubrir, a quién cubrir, cómo prestar y dónde prestar. En cambio, el de financiación-proveedores (*financiamiento*) hace referencia a las formas de financiamiento y compra; a la provisión en lo que respecta a cuánto gastar, dónde gastar, cómo asignar; y cómo se proveen los bienes y servicios. Finalmente, el último eje (*gestión*) muestra las instancias intermedias de regulación y control que existen entre las organizaciones de financiamiento y provisión y los gobiernos regionales o locales (Tobar, 2000).

Figura 4.1. Ejes problemáticos en salud



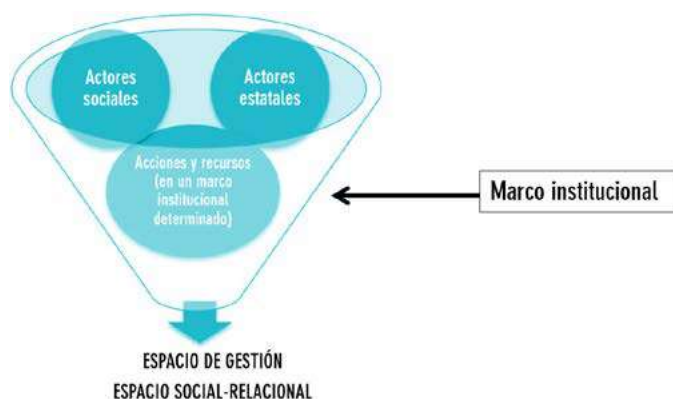
Fuente: elaboración propia a partir de Belmartino (2008).

Una vez establecido el eje en el que se encuentra el problema, se ponen en juego en el *espacio de gestión* (Chiara y Di Virgilio, 2009) cuestiones que tienen que ver con acciones y recursos para el cumplimiento de los objetivos (vinculados a las prio-

ridades de gestión o a legados institucionales) y temas que hacen a la interacción entre actores sociales y estatales que inciden en la conformación de la demanda.

En este espacio, se define qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se brindan a la población, cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema, con qué prestadores, en qué lugares y de qué manera se distribuye la oferta, qué criterios se adoptan para articular los establecimientos, entre otras (Chiara *et al.*, 2010).

Figura 4.2. Espacio de la gestión



Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

El espacio de gestión emerge como un escenario en el que se produce la interacción entre actores e involucrados en determinado marco institucional. La interacción es lo que marca el estilo o la modalidad en la implementación de las políticas, así como los avances, estancamientos o desvíos que puedan producirse en dicho proceso.

En esta relación, los *actores* pueden ser individuos u organizaciones (sociales o estatales) que ejercen algún tipo de incidencia en el contenido o en el resultado de la política, a partir de sus intereses (Meltsner, 1992; Scharpf, 1997). Ocupan una posición estratégica en el sistema de decisiones, son quienes definen los temas de debate y el marco intelectual en el cual se desarrollan las negociaciones, alianzas y conflictos que sustentan la toma de tales decisiones (Belmartino, 1998).

Se definen como tales, según el lugar que ocupan en el sistema de relaciones que los delimita. Una organización podría ser un actor, si el sistema de relaciones lo compone un proceso de gestión más general, o lo serían sus miembros, si se considera a la organización un sistema de relaciones en sí mismo (Chiara y Di Virgilio, 2009).

No cualquiera puede ser un actor político, hace falta contar con recursos de poder: entendidos en términos de capacidades, recursos ideológicos, políticos, económicos, técnico-administrativos o de información privilegiada. Estos serán necesarios para ejercer cierta influencia en el proceso de las políticas públicas (Crozier y Friedberg, 1990; Scharpf, 1997; Repetto, 2000; Alonso, 2007). Cabe aclarar que

los actores involucrados no son preexistentes a la política, sino que se definen en el transcurso, en el accionar sobre una determinada cuestión o problema sobre el que se pretende intervenir (Chiara y Di Virgilio, 2009).

Ejemplos de actores podrían ser los gobiernos locales, los organismos departamentales provinciales o nacionales, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las organizaciones sociales de base, los organismos internacionales, etcétera. El ministro de salud podría ser otro ejemplo de actor, al disputar por la orientación que tomará la política sanitaria al interior de su cartera ministerial. Ya sea una organización o una persona específica, son la acción y la situación las que definen su inclusión en cuanto actor de un proceso determinado (Chiara y Di Virgilio, 2009).

En el sistema de relaciones, las formas en que se agregan o desagregan los intereses de los actores, se procesan los conflictos y se negocian los intercambios de recursos quedan, a la vez, habilitadas y constreñidas por un tejido institucional que se ha estructurado históricamente mediante las relaciones sociales. Dicho tejido, que en términos generales delimita las percepciones sobre el mundo social en general, es denominado “marco institucional” (Repetto, 2009).

Las instituciones quedan aquí definidas como un conjunto básico de reglas de conducta –formales e informales– dotadas de capacidad de sanción –efectiva o moral– para ordenar el juego (North, 1990). Este marco comprende más que normas o procedimientos formalmente establecidos, involucra también creencias, símbolos y entendimientos de común acuerdo entre los actores implicados (Pierson y Skocpol, 2008).

Dentro de la gestión, el *conflicto* es parte, no se trata de intentar anularlo, más bien conviene entenderlo como parte del proceso, encauzarlo y llegar a acuerdos (Oszlak y O’Donnell, 1981). El consenso absoluto no siempre es posible; la diversidad y la divergencia son parte de la riqueza del proceso mismo (Moro, 2015).

Dentro de este espacio de gestión, el proceso de la implementación es complejo, ya que involucra un conjunto de acciones que transforman las intenciones de los actores en políticas –no de manera lineal– que intervienen sobre la reproducción de la vida de los grupos sociales y en las condiciones de reproducción, y generan una demanda. Esta demanda queda así modelada desde “arriba”, es decir, está inducida desde la oferta de los servicios (Belmartino, 2005), pero, a la vez, desafía a la política de salud desde territorios desiguales que representan distintos micromundos (Amin, 2005), en los que resulta ineludible la negociación desde abajo.

De aquí, se desprende que el papel de los actores resulta clave en las políticas sanitarias y, por ende, su análisis resulta un insumo valioso y estratégico para la gestión (Moro, 2015).

Ejemplo de esto podría ser el proceso de negociación que dio lugar a la Ley N° 26862/13 de Reproducción Médicamente Asistida.

La medicina reproductiva se ha desarrollado aceleradamente en los últimos años, y los países han tenido que adaptarse en un terreno que se presenta controvertido no solo en lo ético y moral, sino también en lo social y económico.

Fecundar un hijo ha pasado a ser un derecho exigible, sin embargo, la reglamentación de la ley ha requerido de un debate acalorado de los *distintos actores* en relación con la necesidad de establecer el tipo de prestación que se debía brindar:

- ¿Qué deberían cubrir? ¿En qué porcentaje? ¿Cuántos tratamientos cubrirán?
- ¿Quiénes deberían brindar la cobertura?
- ¿Quién sería la autoridad de aplicación de la ley?

En otro plano se debatía también quiénes debían recibir las prestaciones:

- ¿Todas las personas? ¿Hasta qué edad?
- ¿Independientemente de la orientación sexual de la persona?
- ¿Independientemente del estado civil?

Los *distintos actores estatales* (Ministerio de Salud) y *sociales* (asociaciones civiles de pacientes, colegios médicos, laboratorios, clínicas de fertilidad) han ido instalando la problemática hasta generar la *demanda*. Fueron debatiendo y negociando, según los intereses de cada uno, enmarcados por una *institucionalidad* conflictiva, en términos de creencias y valores, pero también, en términos financieros, de gestión y de atención.

En *el escenario o espacio relacional*, finalmente, se arribó a la obligatoriedad de incorporar prestaciones de cobertura integral de técnicas de reproducción médicamente asistida a los afiliados o beneficiarios, tanto del sector público, de las obras sociales como de otras entidades de la seguridad social. A pesar del *conflicto*, dicha cobertura deberá brindarse independientemente de la edad, orientación sexual, estado civil; pero lo inespecífico de esta ley con relación al tipo y modo de prestación, cantidad, etcétera ha abierto la puerta a la judicialización de estos casos.

Esta política de salud, que ha establecido los parámetros de la atención y delimitado la oferta de servicios de salud, ha generado una nueva *demanda* con relación a la fertilidad asistida. Pero, a su vez, los blancos de esta ley han empoderado a parte de esa demanda, lo que generó nuevos problemas que deberán ser instalados.

Bibliografía

- Alonso, Guillermo (2007). “Elementos para el análisis de las capacidades estatales”. En Alonso, Guillermo, *Capacidades estatales, instituciones y política social*, pp. 17-40. Buenos Aires: Prometeo.
- Amin, Ash (2005). “Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar”. *Ekonomiaz*, n° 58, pp. 76-95.

- Belmartino, Susana (1998). “Nuevo rol del Estado y del mercado en la seguridad social argentina”. XXI Congreso Internacional de la Latin American Studies Association. Chicago, Illinois.
- (2005). *La atención médica argentina en el siglo xx. Instituciones y procesos*. Argentina: Siglo XXI.
- (2008). “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”. En Chiara, Magdalena; Di Virgilio, Mercedes y Miraglia, Marina, *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*, pp. 129-14. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, Magdalena y Di Virgilio, Mercedes (2009). “Conceptualizando la gestión”. En Chiara, Magdalena y Di Virgilio, Mercedes, *Gestión de la Política Social. Conceptos y herramientas*, pp. 53-86. Los Polvorines: Prometeo-UNGS.
- Chiara, Magdalena; Di Virgilio, María Mercedes; Moro, Javier; Ariovich, Ana y Jiménez, Carlos Andrés (2010). “Consideraciones para un Estado del Arte Sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud”. En Chiara, Magdalena; Di Virgilio, María Mercedes; Moro, Javier; Ariovich, Ana y Jiménez, Carlos Andrés, *Accesibilidad a la atención de salud en el Municipio de San Fernando*, pp. 12-21. Los Polvorines: UNGS.
- Crozier, Michael y Friedberg, Erhart (1990). “El poder como fundamento de la acción organizada”. En Crozier, Michael y Friedberg, Erhart, *El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva*, pp. 55-74. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Meltsner, Arnold (1992). “La factibilidad política y el análisis de políticas”. En Aguilar Villanueva, Luis, *La hechura de las políticas*, pp. 367-392. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Moro, Javier (2015). “Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 65-74. Los Polvorines: UNGS.
- North, Douglass (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oszlak, Oscar y O'Donnell, Guillermo (1981). “Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una Estrategia de investigación”. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Documento G. E. CLACSO, vol. 4.
- Pierson, Pierre y Skocpol, Theda (2008). “El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea”. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, vol. 17, n° 1, pp. 7-38.
- Repetto, Fabián (2000). “Gestión pública, actores e institucionalidad: las políticas frente a la pobreza en los '90”. *Desarrollo Económico*, vol. 39, n° 156, pp. 597-618.
- (2009). “El marco institucional de las políticas sociales”. En Chiara, Magdalena y Di Virgilio, Mercedes (comps.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, pp. 141-167. Los Polvorines: UNGS-Prometeo.
- Scharpf, Fritz (1997). *Games Real Actors Play: Actor-Centred Institutionalism in Policy Research*. Boulder: Westview Press.
- Tobar, Federico (2000). “Herramientas para el análisis del sector salud”. *Medicina y Sociedad*, vol. 23, n° 2, septiembre, pp. 234-246.

PARTE II

Actores e
instituciones en las
políticas de salud

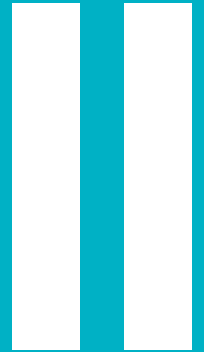




Foto: argentina.gob.ar.

Módulo 5

Las lógicas de intervención

La cuestión sanitaria es un ámbito de intervención que requiere del Estado para la resolución de los problemas de salud. Definir a la salud como un problema público requiere, entonces, de intervenciones del Estado orientadas a solucionar (aunque no siempre se logre) los problemas de salud. El Estado tiene así la capacidad para definirlos (en sus contenidos particulares y en los sujetos que los corporizan) y para instituir las reglas de juego desde las cuales serán interpelados.

Existen distintas formas o modos en que el Estado decide intervenir sobre una cuestión o problema social, y para eso se debe discutir y analizar la institucionalidad (marco institucional formal y simbólico que organiza al sector) que recorre la relación entre el Estado y la población involucrada. Es por eso que, para analizar este proceso de intervención, se deben observar los dos planos que involucra: los *actores* y los *escenarios* (Moro, 2015).

Como arriba se dijo, la *categoría actor* alude a sujetos colectivos o individuos que reúnen ciertas capacidades y recursos de poder para incidir en el proceso de una política. No cualquier individuo o grupo es actor, sino que hacen falta ciertos atributos (recursos, capacidad de movilización, organización, manejo de información clave, entre otros) y, en muchos casos, la capacidad efectiva de incidir se genera a partir de alianzas o coaliciones. En cambio, los *escenarios* refieren al contexto más general en el que se inscribe la acción pública y, en un plano más específico, al ámbito institucional que funciona como marco para la gestión de políticas y servicios de salud.

En la Argentina, este tipo de análisis es fundamental, ya que el sector salud está organizado en subsectores que tienen lógicas de funcionamiento muy distintas (el público estatal, el de obras sociales y el de gestión privada). Más adelante, se verá que en estos aparecen distintos actores y distintos escenarios, los que en su interacción configuran diversas institucionalidades.

Las intervenciones del Estado no son siempre las mismas, cambian a lo largo de la historia, pero inclusive en un mismo período de gobierno pueden coexistir diversas formas de intervención con relación a un territorio determinado. Cabe aclarar que se hará referencia al subsector público (estatal) de salud en el plano de implementación de las políticas sanitarias en el territorio.

Se puede regular mediante políticas públicas diseñadas para mantener una relación vertical entre el Estado –centro– y la periferia; o bien, mediante políticas públicas que promuevan un abordaje global e integral entre el centro y la periferia. A la primera se la denominará *lógica sectorial*, a la segunda, *lógica intersectorial*, ambas lógicas de intervención plantean distintas acciones estatales sobre lo social que pueden coexistir, aunque casi siempre en tensión, debido a su poca articulación (Muller, 1998, 2002).

Cuadro 5.1. Las lógicas de intervención

Lógica sectorial	Lógica intersectorial
Modelo vertical y especializado, con base normativa fuerte.	Modelo horizontal.
Altos niveles de homogeneidad.	Integralidad de las demandas.
Fuerte incidencia de los contenidos técnicos y científicos.	Diversidad de configuraciones.
Imagen de la profesión que se convierte en marco de referencia de la acción pública.	Fuerte influencia de actores diversos.

Fuente: elaboración propia a partir de Chiara (2019).

La intervención sectorial: remite a la especialización del conocimiento que se expresa en la organización del Estado, en distintos sectores: salud, educación, industria, defensa, desarrollo urbano y vivienda, transportes, entre otros. Se caracteriza por la verticalidad que propicia una relación desde arriba hacia abajo.

Se distingue de otras formas que organizan a las políticas públicas por lo siguiente:

- la especialización que la organiza;
- la legitimidad normativa que domina la dinámica intra- e interorganizacional y
- por el conocimiento científico-técnico que posee.

Estos atributos que se expresan con fuerza en salud están, además, reforzados por el hecho de que la “imagen de los profesionales médicos” se constituye como el principal marco de referencia para la acción de las políticas. Se trata de un atributo que refuerza la lógica de organización en este sector.

El *sector sanitario*, según la OMS, está compuesto por servicios públicos y privados (incluidos los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y asistencia), las políticas y actividades de los departamentos y ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la comunidad que prestan servicios de salud y las asociaciones profesionales (OMS, 1998).

La delimitación sectorial se encuentra en los planes y presupuestos, los conflictos, el modo como se definen los actores, incluso, en la práctica de la investigación (Belmartino y Bloch, 1994).

La persistencia de políticas sectoriales y centralizadas como modo de abordar los problemas en salud han demostrado constantemente las limitaciones de este tipo de intervención para afrontar la desigualdad territorial. El modelo clásico de políticas sociales de salud hizo evidente su fracaso para tratar la complejidad de las demandas sociales en el territorio, frente a una desigualdad urbana cada vez más visible, pero menos cuestionada (Catenazzi, 2015). En la ciudad, la modernización general de la

vida colectiva se presenta con enclaves de riqueza como los barrios privados y con barrios de viviendas precarias carentes de servicios básicos y de zonas de marginalización. Estos procesos de urbanización diferencial han llevado a concentrar la pobreza en ciertos lugares y a establecer una sectorización de la pobreza ciudadana que establece diferencias notorias en los perfiles de morbi-mortalidad (Sánchez y León s/f).

Frente a una epidemia de dengue, las políticas públicas pensadas desde una lógica vertical son más eficaces, ya que permiten controlar al vector transmisor (mosquito) de manera rápida, identificando los lugares de cría, programando y aplicando acciones de rociado (insecticida, larvicida o molusquicida), entre otras. A la vez, posibilitan vigilar las tasas de éxito y las de resistencia. Para esto es necesario contar con conocimientos técnicos específicos y con la supervisión de expertos. Estas intervenciones verticales suelen brindar resultados a corto plazo, razón por la que muchos funcionarios públicos se ven tentados en su aplicación. Entonces, una intervención vertical y sectorial contribuiría a contener un brote puntual, acotado en tiempo y espacio, pero, si esta política sectorial no se ve acompañada con otro tipo de políticas que trasciendan al sector salud, como ser educación, vivienda, infraestructura y planificación, etcétera, será muy difícil erradicar al dengue, sobre todo en aquellas zonas que se han hecho endémicas. Se debe educar a la población para lograr la descaharrización y, además, sanear la zona, debido a que, en los asentamientos o barrios en los que las casas son precarias y sostienen el techo de chapa con neumáticos (que juntan agua), es muy difícil lograr que los desechen.

La intervención intersectorial: si bien no hay un desarrollo teórico consolidado en torno a la intersectorialidad, se podría aseverar de manera sintética, y un tanto esquemática, que esta propuesta tiene dos grandes fundamentos:

- el primero tiene que ver con la caracterización misma del tipo de demandas, necesidades y problemas que se busca solucionar desde las intervenciones públicas;
- el segundo argumento se sustenta en la crítica a las intervenciones sectoriales, por constituirse como modalidades restringidas y segmentadas ante una realidad que las rebasa.

Esta lógica se caracteriza por lo siguiente:

- ✓ No ser un sinónimo de coordinación interinstitucional. La coordinación en sí misma no se traduce en integración.
- ✓ Contener un fundamento político, porque implica un grado de intensidad más alto de relación entre sectores que la mera coordinación.
- ✓ Emerger como asunto para ser construido políticamente, así la integralidad e integración aparecen como las dos caras de una misma moneda.

La *intersectorialidad* promueve la integración entre diferentes sectores de las políticas públicas para generar sinergias y potenciar la capacidad de respuesta ante problemas complejos que tienen múltiples factores causales. Es un acuerdo de trabajo conjunto en el que cada cual mantiene su especificidad y no necesariamente requiere de la existencia de un enfoque común y transversal a las áreas, no es sinónimo de lo que se conoce como transversalidad (Cunill Grau, 2005). Exige algo más que una simple conexión o agregación de sectores gubernamentales entre sí y de estos con otros sectores (Cunill Grau, 2014).

Se puede plantear una estrategia transversal sobre el enfoque de derechos, de género, etcétera, en las diferentes áreas sectoriales, sin que esto implique abordajes intersectoriales efectivos. Los enfoques transversales pueden permear las diferentes áreas incentivando acciones entre sectores, aunque no siempre redundan en acciones intersectoriales que promuevan la construcción de marcos conceptuales comunes.

La lógica intersectorial puede adquirir dos formas (Cunill Grau, 2005):

1. La búsqueda de soluciones integrales.
2. La utilización productiva de los recursos y los saberes.

La primera posee un fundamento expresamente político, puesto que plantea una solución integral que opera como sustento de una política en cuestión.

La segunda es de carácter eminentemente técnico; allí la integración o el trabajo conjunto entre sectores permiten compartir y optimizar recursos.

Este concepto se cimienta en *3 principios ordenadores* (Cunill Grau, 2010):

- *la integración,*
- *la inclusividad y*
- *la mancomunidad.*

La integración: relaciona a las diferentes políticas para que logren desafiar escenarios cambiantes y complejos; y para terminar con la segmentación o “cotos” cerrados en los que a veces se convierten los servicios públicos.

La inclusividad: habla del proceso mismo y sus implicancias en el quehacer cotidiano de las organizaciones intervinientes, la acción debe incidir en todos los sectores involucrados.

La mancomunidad: refiere a la construcción de un sentido de corresponsabilidad frente a los problemas y las situaciones, para ello, cada sector debería reconocerse formando parte y, por lo tanto, compartiendo recursos, saberes y responsabilidades.

Las características y lo que se pone en juego en estos espacios es bien distinto, así como también las necesidades e incentivos de los involucrados para hacer efectiva la *articulación*. Hará falta el reconocimiento del otro, que se pongan de acuerdo para

habilitar un espacio de intercambio que genere confianza y permita la construcción de la integración en pos de la resolución de los problemas (Cunill Grau, 2014).

Las demandas de salud de la población se configuran en condiciones de vida y situaciones heterogéneas para las que es necesario reconocer el carácter complejo e interdependiente de sus necesidades. Lograr una atención integral requiere no solo del tratamiento, sino también de atender a aquellos factores que permitan abordar las demandas del contexto familiar y de la comunidad de referencia, poniendo en valor la singularidad de los problemas en el territorio: desiguales según sus características (Cunill Grau, 2014). Significa ir más allá de lo asistencial para intervenir también sobre el bienestar. Vista de este modo, la salud no es una cuestión con fronteras claras y delimitadas, sino que involucra diferentes aspectos de la vida y, por lo tanto, diferentes áreas de la gestión pública, lo que lleva a replantear la oferta de servicios. Esta cosmovisión concibe a la salud como un *asunto público*, y reconoce la imbricación de múltiples factores combinados que afectan en sentido positivo o negativo a la población. En consecuencia, plantea una revisión de los problemas que sobrepasan la intervención del sector.

La intersectorialidad en salud cuestiona dos aspectos que son centrales para la constitución del campo:

- el predominio de la medicina como conocimiento dominante y
- la oferta de servicios centrada en el hospital, la complejidad y la atención de la enfermedad.

En el caso sobre el programa “Salud para la materno-infancia” (SAMI), se puede observar cómo el Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud, buscó la articulación con el Ministerio de Desarrollo Social en consenso con las administraciones locales para su implementación. Inicialmente, también se habría solicitado apoyo técnico a la OPS para ponerlo en marcha en dos municipios de la zona de los altos, que presentaban los indicadores sociosanitarios más desfavorables del país (Di Virgilio, 2015).

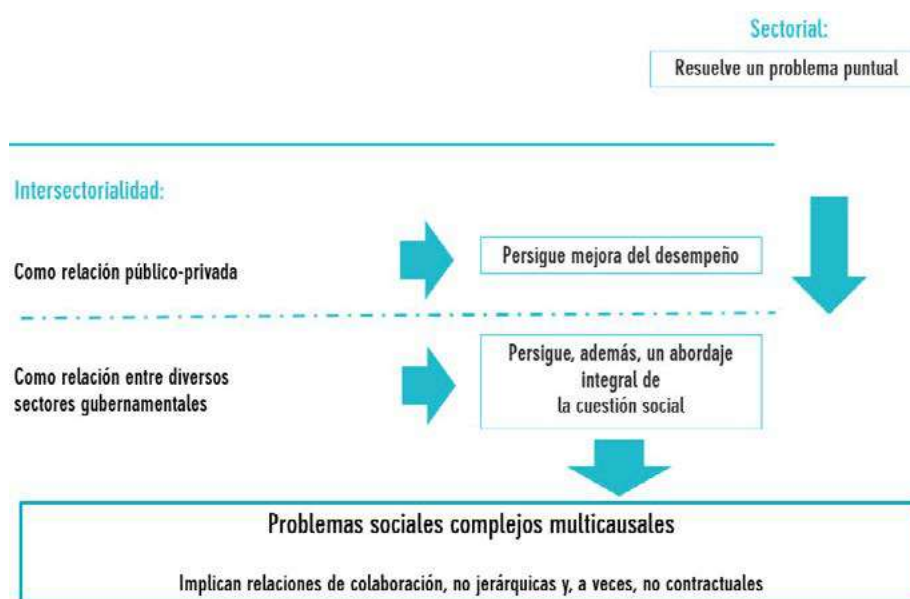
Otro ejemplo aparece en la cuestión nutricional: en los nexos con las áreas de educación, de desarrollo social, y también con organizaciones comunitarias que resultan claves para hacer efectiva una estrategia integral en el territorio. A la vez, en un nivel más macro, este problema se vincula linealmente con las políticas económicas, particularmente aquellas que hacen al precio de los alimentos y al mercado laboral.

Una peculiaridad es que los procesos intersectoriales pueden ser iniciados “desde abajo”: este sería el caso de un centro de salud que desde su iniciativa promueve la articulación con otros servicios del barrio (la escuela, el comedor, el club, la radio comunitaria, etcétera), ante la escasez de recursos o ante problemas que los superan. Además, puede plantearse en diferentes momentos de una política, ya sea en instancias de diagnóstico, diseño, implementación o evaluación. Esto refiere a espacios de articulación en diferentes niveles, con características distintivas.

En suma, ante la *complejidad y multicausalidad* de las situaciones críticas a las que se enfrenta la salud pública, vinculadas a *las condiciones de vida en el territorio*, la articulación *intersectorial* se convierte en un *imperativo* y un *requisito* para potenciar la incidencia y la efectividad de las políticas (Moro, 2015).

Por lo general, los gobiernos que se caracterizan por propiciar una relación de horizontalidad entre una multiplicidad de actores suelen oponerse a la verticalidad que propicia una relación desde arriba hacia abajo (Jolly, 2005). No obstante, ambas lógicas de intervención pueden convivir perfectamente, ya que un gobierno puede regular de diversas formas según el problema, el desafío es interpretar la pertinencia y luego generar la articulación que corresponda.

Figura 5.1. Las lógicas de intervención



Fuente: elaboración propia a partir de Tobar (2006) y Cunill Grau (2010).

La intervención territorial

Puede ser entendida en términos de redes de políticas públicas o acciones públicas del Estado, en las que el reto político local consiste en la construcción de un espacio de mediación del que emergen las múltiples estrategias reticulares constituidas por redes de políticas que están actuando a nivel local (Jolly, 2005).

Pero también se puede entender a lo territorial como un fenómeno social (relaciones intersubjetivas) que articula el lugar o la región en un conjunto de condiciones-vínculos-recursos potenciales ligados a la naturaleza del lugar y a su patrimonio cultural e histórico (Dematteis, 2006). Posiciones materiales en constante movimiento

que conforman una geografía inmanente, la que se va moldeando por las redes que se cruzan en un determinado lugar, que conforman espacios temporales que evocan lo que ha cambiado, pero que ha dejado su huella (Amin, 2005).

No obstante, en todas subyace la idea de que lo territorial es un espacio local sin fronteras geopolíticas, mediado por las relaciones intersubjetivas (espacio social), que requiere de otra lógica de intervención, de una lógica reticular que atienda a las relaciones de proximidad en cuanto a lo cotidiano.

Si bien esta dimensión territorial será vista más adelante, cabe aclarar que específicamente en salud la *gestión territorial* propone promover un abordaje poblacional, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado, avanzar hacia un abordaje integral y, por último, promover la regulación de la oferta (Tobar, 2010). Aquí la figura del gestor debe actuar como un decodificador, un intérprete y un catalizador de sentidos, como un mediador de lógicas distintas que permite crear condiciones de posibilidad: primero, para el diálogo y el entendimiento mutuo; y, luego, para la búsqueda de acuerdos y de viabilidad de la política (Moro, 2015).

Para privilegiar dicho abordaje poblacional, se proponen iniciativas en torno a redes de servicios de salud, dado que adoptan una visión más sistémica y menos fragmentada del territorio, en la que distintos flujos de interacción y complementariedad vinculan y articulan un conjunto disperso de servicios y prestaciones de diferente complejidad o especialización en un mismo espacio, que esta vez alcanza una escala regional. El hospital adquiere cierta jerarquía en su papel para articular y articularse en el conjunto de la red, en cuya dinámica se cualifica un territorio más amplio que recoge la existencia de distintas escalas: el barrio, el municipio, la provincia y la nación (Chiara y Ariovich, 2013).

Por ejemplo, el Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red coordina los servicios de alta complejidad de cinco hospitales y 152 centros de salud en cuatro municipios del sur del Gran Buenos Aires, mientras que, con alcance nacional, articula el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas y el Remediar, los que buscan construir un territorio nodal, jerarquizando de modo diferente la instancia provincial según los distintos arreglos y acuerdos entre los actores involucrados (Chiara y Ariovich, 2013).

Bibliografía

- Amin, Ash (2005). “Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar”. *Ekonomiaz*, n° 58, pp. 76-95.
- Belmartino, Susana y Bloch Claudio (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos*. Buenos Aires: OPS-OMS, Delegación Regional.

- Catenazzi, Andrea (2015). “Para conceptualizar el territorio en salud”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 37-44. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, Magdalena (2019). “¿Es el territorio un ‘accidente’ para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social”. *Revista de Políticas Sociales Urbanas-Ciudadánias*, n° 4, pp. 19-35. Disponible en http://ciudadánias.untref.edu.ar/n4_dossier_art1.php.
- Chiara, Magdalena y Ariovich, Ana (2013). “Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS-OMS en América Latina”. *Cuadernos Metrópole*, vol. 15, n° 29, pp. 99-122.
- Cunill Grau, Nuria (2005). “La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social”. X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile.
- (2010). “Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública”. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, pp. 41-72.
- (2014). “La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual”. *Gestión y Política Pública*, vol. 23, n° 1, pp. 1-27.
- Dematteis, Giuseppe (2006). “En la encrucijada de la territorialidad urbana”. *Bitácora Urbano Territorial*, vol. 1, n° 10, pp. 53-63.
- Di Virgilio, Mercedes (2015). “La dimensión territorial de la política sanitaria”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 47-62. Los Polvorines: UNGS.
- Jolly, Jean-François (2005). “Gobierno y gobernanza de los territorios, sectorialidad y territorialidad de las políticas públicas”. *Desafíos*, n° 12, pp. 52-85.
- Moro, Javier (2015). “Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 65-74. Los Polvorines: UNGS.
- Muller, Pierre (1998). “Génesis y fundamento del análisis de políticas públicas”. *innovar, revista de ciencias administrativas y sociales*, n° 11, pp. 99-109.
- (2000). “Elementos para una estrategia de investigación sobre políticas públicas”. *innovar, revista de ciencias administrativas y sociales*, n° 16, pp. 49-54.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la salud. Glosario.
- Sánchez, Fabio y León, Nohra (s/f). “Territorio y salud: Una mirada para Bogotá”.
- Tobar, Federico (2006). “Introducción”. En Yadón, Zaida (ed.), *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*, pp. 1-34. Buenos Aires: OPS.
- (2010). “Gestión territorial en salud”. En Chiara, Magdalena y Moro, Javier (comps.), *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: capacidades, problemas y desafíos*, pp. 15-44. Los Polvorines: UNGS.



Dibujo: Nina.

Módulo 6

La atención integrada como estrategia política de salud

La atención primaria de salud (APS) es un enfoque amplio que propone organizar sistemas de salud respetando el derecho a la salud en su nivel más alto posible, maximizando la equidad y promoviendo la solidaridad. Para eso, es importante organizar y desarrollar servicios de salud integrados e integrales que respondan a las necesidades y prioridades de la población, teniendo en cuenta la capacidad del sector y el contexto nacional (OPS, 2007).

Estos servicios deben extenderse a todas las personas, sin diferencias en la calidad, sin distinción de su condición económica y social. Además, la definición de estos servicios debe considerar las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas y prestar atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad (OMS-OPS, 2014).

¿Cómo dar una respuesta organizada a las necesidades de salud de la población?

La estrategia de la APS ha buscado brindar una atención integral e integrada, garantizando la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Promoción: es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (OMS-OPS, 1998).

Prevención: el término hace alusión a la acción y efecto de prevenir. Hace referencia a la preparación o a la acción anticipada, pero, al mismo tiempo, tiene como objetivo evitar males o daños inminentes. Está relacionado también con términos como *prever* (saber con anticipación lo que ha de pasar), *avisar*, *advertir* (para que otros conozcan lo que va a ocurrir) y *precaer* (tomar medidas para evitar o remediar algo). Existen distintos niveles de prevención: primario, secundario y terciario. Son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS-OPS, 1998).

Diagnóstico: es la determinación de una enfermedad por análisis de los síntomas. El acto del diagnóstico médico se centra sobre la dolencia, con el fin de identificar el trastorno, es una clasificación con un propósito: es un esfuerzo para reconocer la clase o grupo al cual pertenece la dolencia de un paciente. Su propósito es la detección y tratamiento de la enfermedad en estadios muy precoces cuando aún no provoca síntomas.

Cuadro 6.1. Diferencias entre la promoción y la prevención en salud

Promoción	Prevención
Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud.	Acción que emana del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones expuestos a factores de riesgo.
Enfoque poblacional.	Enfoque de riesgo.
Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades.	Medidas directas dirigidas al bloqueo de la enfermedad.
Requiere de buenas estructuras sociales de base.	Medidas específicas para el control de determinadas enfermedades.
Gran potencial de mejorar indicadores de salud.	Identificación de las causas modificables de la enfermedad.
Más efectivo entre más temprano se inicie.	Más efectivo cuanto más temprano se frene el curso.
Medidas destinadas a modificar actitudes, conductas y comportamientos.	Medidas destinadas a prevenir la aparición de enfermedades (reproducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.

Fuente: elaboración propia.

Tratamiento: conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) que se emplean para curar o aliviar una enfermedad (Real Academia Española, 2014).

Los objetivos del tratamiento podrían ser los siguientes (Sackett, Haynes y Tugwell, 1989):

- ✓ Curación (matar el microbio, extirpar un tumor, etcétera).
- ✓ Prevenir una recidiva (dar antibióticos profilácticos luego de la curación).
- ✓ Limitar el deterioro estructural o funcional (reconstruir/rehabilitar).
- ✓ Prevenir complicaciones ulteriores.
- ✓ Mejorar los síntomas comunes.
- ✓ Permitir morir con dignidad.

Rehabilitación: es definida por la OMS como “el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles”, y como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación (OMS, 2012).

Cuidados paliativos: es la asistencia activa y total de los pacientes y de su familia por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo. Sus conceptos son aplicables desde etapas precoces de la evolución de la enfermedad. El área asistencial de los cuidados paliativos incluye

pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas, evolutivas o degenerativas, renales, crónicas, HIV, enfermedades metabólicas, genéticas, etcétera; potencialmente letales a corto o mediano plazo que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con la finalidad curativa. Comprende el conjunto de acciones médicas, de enfermería, psicológicas, sociales, espirituales, entre otras, que mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, progresiva (a pesar de los tratamientos instituidos), incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo (OMS, 1990).

Figura 6.1. Continuo de servicios de atención



Fuente: elaboración propia a partir la literatura consultada.

Las dimensiones del desempeño de la atención

Por lo general, en un contexto nacional, el sector tiene un movimiento errático, debido a ciertas particularidades asociadas a los comportamientos de los actores que lo conforman, a la fortaleza e influencia de los mercados de salud, a los recursos escasos y a la necesidad de definir una canasta de bienes y servicios (tanto públicos como privados) para su sustentabilidad, entre otras.

La complejidad que introducen estas en el ejercicio del campo de la salud obliga al Estado a recurrir a mecanismos de evaluación que permitan conocer su desempeño real, verificando que se cumplan ciertos atributos particulares: accesibilidad, continuidad y longitudinalidad –coordinación–, integralidad, capacidad resolutoria y cobertura.

Accesibilidad: existen distintos abordajes acerca de dicha noción. Entre los más clásicos se encuentra el de Wallace y Enriquez-Haas (2001), que recomienda evaluarla mediante la *disponibilidad*, entendida como la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas, sumados a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión. Burrone *et al.* (2007), en cambio, define a la accesibilidad analizando la *aceptabilidad*, entendida como la posibilidad de que el beneficiario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y con un costo razonable. Mogollón Pérez y Vázquez (2008) focalizan el análisis de la *accesibilidad*, a través de los actores institucionales que inciden en el acceso de la población: la financiación de la atención, el aseguramiento en salud, la oferta de infraestructura, la coordinación interinstitucional, la prestación de servicios y la divulgación de políticas (Chiara *et al.*, 2010).

Continuidad o longitudinalidad: refiere a la existencia de un equipo de salud habitual que mantiene una relación continua con los pacientes. Es una atención que no se limita a ciertos problemas, que brinda una mejor atención preventiva, asistencia más apropiada y oportuna (Almeida y Macinko, 2006).

Coordinación: es esencial para garantizar la integración y continuidad en la atención del paciente entre los distintos niveles de atención por parte de los profesionales o protocolos médicos. Requiere de la disponibilidad de información acerca de sus problemas y de los servicios por él utilizados (Starfield, 2001; Vega Romero y Carrillo Franco, 2006).

Integralidad: oferta de prácticas preventivas, de promoción de salud, de tratamientos y de rehabilitación integradas funcionalmente entre los distintos niveles y estructuras del sistema sanitario. Requiere de una organización de las respuestas sanitarias de acuerdo a las necesidades del paciente la familia y la comunidad, a partir de una equitativa asignación de los recursos e intervenciones (Starfield, 2001; Almeida y Macinko, 2006; Vega Romero y Carrillo Franco, 2006).

Capacidad resolutive: se verifica mediante las siguientes variables; variedad de la población que se maneja, la actividad de prevención primaria y secundaria, los recursos disponibles de diagnóstico y tratamiento, porcentaje de la población atendida sin derivación, calificación del personal de salud (Burrone *et al.*, 2007).

Figura 6.2. Las dimensiones del desempeño de la atención en salud



Fuente: elaboración propia a partir de la oms (2007).

Bibliografía

- Almeida, Caetano y Macinko, James (2006). “Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (sus) em nível local”. *Série técnica 10. Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde*, pp. 72-73, Ministério da Saúde.
- Burrone, M.; Fernández, R.; Acevedo, G.; Luchesse, M.; López de Neira, J.; Dell Inocenti, P. y Estario, J. (2007). “Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuantitativo”. *Revista de Salud Pública*, vol. 11, n° 2, pp. 8-22.
- Chiara, Magdalena; Di Virgilio, María Mercedes; Moro, Javier; Ariovich, Ana y Jiménez, Carlos Andrés (2010). “Consideraciones para un estado del arte sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud”. En Chiara, Magdalena; Di Virgilio, María Mercedes; Moro, Javier; Ariovich, Ana y Jiménez, Carlos Andrés, *Accesibilidad a la atención de salud en el Municipio de San Fernando*, pp. 12-21. Los Polvorines: UNGS.
- Mogollón Pérez, Amparo y Vázquez, María Luisa (2008). “Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios

- de salud en Colombia”. *Cad. Saúde Pública*, vol. 24, n° 4, pp. 745-754. Organización Mundial de la Salud (1990). Convención de Ginebra sobre Cuidados Paliativos.
- (1998). Promoción de la salud. Glosario.
- (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización*.
- (2012). Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC.
- OMS-OPS (1998). Promoción de la salud. Glosario.
- (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53° Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. Consultado en <https://dle.rae.es/>.
- Sackett, David; Haynes, Brian y Tugwell, Peter (1989). *Epidemiología clínica: una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Starfield, Barbara (2001). *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Editorial Mason.
- Vega Romero, Román y Carrillo Franco, Janeth (2006). “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del sgsss de Colombia”. *Revista Espacio Abierto*, pp. 1-18
- Wallace, Steven y Enriquez-Haas, Vilma (2001). “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores de EE. UU.”. School of Public Health Center for Center Policy Research.



Foto: AGN.

Módulo 7

Las huellas del pasado

Existen distintos estudios que se ocupan de la historia del sector salud, los cuales señalan, al menos, cinco etapas identificables en función del nivel de concentración o descentralización de las decisiones tomadas respecto del sector, así como también del poder relativo de los actores principales involucrados (Estado, obras sociales y privados).

- 1) El modelo descentralizado (hasta 1945);
- 2) el modelo centralizado (1945-1955);
- 3) el modelo de descentralización del sistema (1955-1978);
- 4) el modelo de descentralización fiscal (1978-1989);
- 5) el modelo de reforma (1990-2000); y
- 6) el modelo del nuevo ciclo (2003-2015).

El modelo descentralizado (hasta 1945)

El sistema sanitario argentino estuvo conformado, durante la primera mitad del siglo xx, por una amplia y diversa cantidad de instituciones que operaban, en términos generales, como respuestas a demandas puntuales y de corto plazo. Las instituciones actuaron solo frente a necesidades específicas. La función del Estado era subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y a la prestación asistencial. Se buscó prevenir el riesgo, mediante el cuidado de la higiene pública, controlar epidemias y vigilar la sanidad de fronteras, a la vez que se ocupaba de la asistencia frente a contingencias no previstas. La salud, en ese entonces, era entendida como una cuestión de responsabilidad individual y como objeto de caridad para el caso de los pobres. El conjunto de instituciones que conformaban al área de la salud no era más que el resultado de esfuerzos individuales altamente fragmentados, con poca o escasa coordinación, capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Hacia comienzos de siglo, los servicios de salud que estuvieron a cargo del Estado no solo fueron financiados por el presupuesto público, sino también por las actividades de beneficencia. Desde sus orígenes, los hospitales públicos de comunidades, o administrados por la beneficencia y los sanatorios privados, fueron los que proporcionaban los cuidados de internación; en cambio, la atención de primer nivel, por lo general, era ofrecida en consultorios independientes. Los profesionales médicos que acudían al hospital público u otros centros asistenciales por la mañana ofrecían sus servicios sin retribución alguna y, por la tarde, atendían a sus pacientes en consultorios privados o en pequeñas clínicas, o en los escasos sanatorios, en los que percibían sus honorarios. La mayor parte de los profesionales no mantenían un vínculo salarial con los hospitales públicos, sino que era el espacio privado el que financiaba sus actividades. La intervención del Estado pasaba por regular y proveer algunos recursos destinados a la atención, adoptaba un papel más bien pasivo (Golbert, 2008; Crojethovic, 2013).

El modelo centralizado (1945-1955)

La irrupción del peronismo fue de la mano de un cambio de paradigma, en el que la ideología reinante resignificó la salud y la ubicó como responsabilidad del Estado. La consecuencia inmediata fue la expansión estatal de la cobertura sanitaria –impulsada desde el gobierno central–. Así, se nacionalizaron todos los establecimientos públicos –lo que desplazó a las sociedades de beneficencia– y también se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria, a la vez que se llevaron a cabo una gran cantidad de programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas. Como consecuencia se generó una fuerte dependencia del sector con respecto al presupuesto central. Una particularidad del período fue que no existieron grandes separaciones entre prestadores de salud y financiadores, a pesar de haber mutuales –ahora en manos mayormente sindicales– (Acuña y Chudnovsky, 2002). Este crecimiento estuvo acompañado por un aumento importante de los recursos financieros, los cuales posibilitaron la expansión rápida del sector público de los servicios, aunque de forma desordenada (Belmartino, 2005). Fue un momento en el que se confió plenamente en la capacidad del Estado para transformar a la sociedad, al ser el sello de esta época las políticas centralizadas aplicadas de manera vertical.

En el campo de la atención médica, las responsabilidades asignadas al Estado se asumieron bajo formas organizativas particulares: la preocupación central radicó en garantizar el financiamiento de una demanda creciente de atención médica, en un escenario en el que la nueva tecnología diagnóstica generaba la necesidad de instalaciones más complejas y estimulaba la especialización de los profesionales (Belmartino, 2009). En este período, además, se produjo un cambio cualitativo en el “discurso” del Estado con relación al financiamiento y provisión de servicios de salud, aparece así la referencia a la semioficialización de la medicina, en la cual el profesional de la salud pasa a ser un funcionario del Estado que actúa bajo las órdenes y responsabilidad de este.

A pesar de los esfuerzos del ministro de salud pública, el doctor R. Carrillo, en esos años no se logró avanzar en la organización del sector a nivel de la superposición de responsabilidad jurisdiccional (nación, provincias, municipios). Además, se estrechó la alianza entre los sindicatos y el gobierno, lo que dio lugar al fortalecimiento de las obras sociales (os). Esto ha favorecido a la fragmentación del sector (por las modalidades de agrupamiento) y la heterogeneidad de las normas que regulan a estas instituciones. Rasgos que trajeron consecuencias significativas para sus beneficiarios, debido a la estratificación de los recursos percibidos y a las diferencias en la cobertura efectivamente brindada (Belmartino, 2009). El modo en que surgieron estas organizaciones sindicales puede leerse como “acta de clausura” de un posible sistema unificado bajo la conducción estatal, pero fueron los desarrollos posteriores los que estimularon la construcción de un escenario de impotencia o desinterés del Estado por la regulación del sector de servicios de salud (Belmartino, 2009).

El modelo de descentralización del sistema (1955-1978)

Tras el derrocamiento de Perón en 1955, el gobierno impuesto tras la dictadura cívico-militar inició una serie de reformas tendientes a transferir las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos que se encontraban en manos del Estado nacional hacia las provincias y los municipios. Se realizaron las primeras transferencias jurisdiccionales de los establecimientos públicos, a la vez que las obras sociales cobraron importancia dentro del entramado de actores como eje del sistema prestacional. El crecimiento de la prestación bajo la administración de los sindicatos redujo la importancia del sector público en su totalidad, y con ello relativizó la importancia de las políticas de descentralización fiscal. Este desarrollo se dio en el marco de un poder de reglamentación y coordinación de las autoridades sanitarias y provinciales escaso. La transferencia de servicios que se inició en este período tenderá a convertirse en una política habitual bajo los gobiernos de facto, para terminar en un traspaso definitivo desde el gobierno central hacia las provincias y municipios (Acuña y Chudnovsky, 2002).

El subsector público, durante los años cincuenta y sesenta, va a entrar en una lenta, pero constante declinación, interrumpida solo por intentos pequeños de recuperación casi sin importancia (Belmartino, 2007).

El modelo de descentralización fiscal (1978-1989)

En este período, se aprobaron convenios distintos entre nación, provincias y municipios con el propósito de transferir 65 hospitales públicos, desde nación hasta las distintas jurisdicciones. No existió compensación presupuestaria alguna por dicha transferencia, sino presión por parte del Gobierno nacional hacia los provinciales y locales, que debieron hacerse cargo de funciones mayores sin recibir recursos (Acuña y Chudnovsky, 2002).

A lo largo de los años ochenta, se exacerbó la competencia por captar recursos de los tres grandes mercados en los que estaba organizada la oferta: servicios médicos, servicios sanatoriales y medicamentos. Esta dinámica fue analizada en términos de “puja distributiva”; fue el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que estuvo determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud –ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública– (Katz y Muñoz, 1998).

A su vez, las propuestas de reforma de mediados de los ochenta comenzaron a adquirir un carácter más técnico, no fueron publicadas ni debatidas, y las pocas discusiones que se dieron fueron guiadas por documentos de organismos internacionales. Esta reforma que pasó a estar custodiada por “expertos” dejó de lado las preocupaciones centrales del sanitarismo (como la equidad o el universalismo) para pasar a concentrarse exclusivamente en los flujos del sector (González García, 1997).

Las leyes de os y de seguro nacional de salud sancionadas en 1988 reprodujeron la dinámica de la debilidad institucional en la regulación del sector de servicios de salud: la primera reafirmó la fragmentación organizativa de la seguridad social (os); la segunda creó un seguro nacional dotado de sustentabilidad muy escasa, tanto financiera como política, y terminó engrosando la lista de leyes y decretos sancionados bajo diferentes orientaciones ideológicas para fortalecer el régimen regulador de los servicios, nunca aplicados (Belmartino, 2009).

El modelo de reforma (1990-2000)

Las políticas de desregulación se aplicaron en el sector salud al igual que en el resto de la actividad económica en los primeros años de la administración menemista. Aunque el nuevo ordenamiento institucional destinado a re-regular las relaciones sectoriales no obtuvo el consenso necesario para realizarse. Finalmente, se logró sancionar una ordenanza (1993), pero ahora por decreto, que operó como puntapié inicial para impulsar nuevamente los fundamentos de la reforma. Así fue que se desreguló el sector de os, lo que promovió la elección libre de sus afiliados (Belmartino, 2009). Sin embargo, en 1998 el Gobierno retrocedió nuevamente, a través de la promulgación de un nuevo marco regulatorio que le dio al sindicalismo una nueva cuota de poder: le otorgó el derecho de aprobar o rechazar los pedidos de traspaso entre obras sociales, situación que les permitió evitar una gran pérdida de afiliados y contener el avance de la medicina prepaga.

A la vez, el proceso descentralizador que tuvo lugar en esta década estuvo también más motivado por las necesidades de resolver el conflicto financiero entre la nación y las provincias que por el interés de acercar los servicios a las preferencias de la población. Esto explica que las transferencias se hayan realizado sin atender a la articulación y a las necesidades de la organización de los servicios de salud. En consecuencia, los gobiernos provinciales se vieron muy limitados en su capacidad de acción y con problemas serios en el financiamiento (Cetrángolo y Jiménez, 2004).

Los actores provinciales (y, más tardíamente, también los municipales) fueron asumiendo de a poco la provisión de servicios de salud como parte de su agenda de gobierno; crearon establecimientos, ampliaron servicios, innovaron en esquemas de organización y tomaron la gestión de centros de salud. Estas apuestas fueron contemporáneas con el retroceso progresivo y radical del Estado nacional respecto del desarrollo de la oferta pública de salud. En ese devenir, se fueron definiendo perfiles prestacionales, modalidades de acceso y modos de articulación con la seguridad social muy diferentes (Chiara, 2013).

El llamativo descuido oficial de los servicios universales de salud que no llegaron a figurar entre los temas centrales para la opinión pública puede explicarse debido a que, por lo general, son los sectores de bajos ingresos los que utilizan los servicios estatales.

La declinación de la salud pública fue evidente, y tanto el gasto público en salud por habitante como la participación en el producto bruto interno (PBI) del gasto público en salud (excluyendo obras sociales) se mantuvieron en niveles bajos (Cortés y Marshall, 1999).

Otro punto de reforma del sector fue la autogestión hospitalaria impulsada desde el nivel nacional: el supuesto objetivo fue elevar la eficiencia de las estructuras hospitalarias sobredimensionadas; erradicar el financiamiento cruzado hacia las OS; mejorar el sistemas de referencia y contrarreferencia; y eliminar prácticas arraigadas de gestión (Sojo, 2000). El Decreto N° 578/93 instauró el marco jurídico general para la autonomía hospitalaria, y el espíritu que la impulsó concibió al hospital público de alta gestión (HPA) dentro de un sistema de redes de servicios de salud centradas en el hospital, que debían articular y coordinar los servicios de salud de los prestadores públicos y privados en un sistema de cobertura universal y obligatoria.

Esta innovación trajo aparejada la intención de las autoridades ministeriales de trasladar paulatinamente el “subsidio a la oferta” por el “subsidio a la demanda”. Todo paciente que concurriera al hospital público debía contar con algún tipo de financiación, ya sea de seguridad social, de las empresas prepagas o del Estado (Repetto *et al.*, 2001).

El modelo del nuevo ciclo (2003-2015)

La nueva década que se abrió con la crisis a comienzos de siglo evidenció cambios profundos en el modo de pensar la responsabilidad del Estado sobre lo público, específicamente, en el área de la salud, la recuperación de la noción de “derecho fundamental” se hizo presente en varias iniciativas (Chiara, 2013).

Una de las diferencias más relevantes que aparece con respecto al período previo es el regreso del protagonismo del Ministerio Nacional al entramado de servicios, antes limitado a su participación mediante los programas focalizados realizados a través de sus “unidades ejecutoras”.

Centrada la política de salud en la relación población-proveedor, se promovió la jerarquización del primer nivel asistencial desde la estrategia de la APS como organizador del “sector”, bajando distintos programas a los centros de atención primaria de la salud (CAPS) para que estos los ejecutaran. Las iniciativas más importantes fueron el programa Remediar, el Programa Médicos Comunitarios (con variaciones a lo largo del tiempo), el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Plan Nacer-SUMAR. Estas estrategias estuvieron, a su vez, acompañadas por los tradicionales “programas verticales”, que cobraron importancia singular y ampliaron su cobertura y alcance (Chiara, 2013).

Cuadro 7. 1. Periodización del campo de la salud

Hasta 1945	1945-1955	1955-1978	1978-1989	1990-2000	2003-2015
<p>-Estado regulador pasivo.</p> <p>-Público: hospital para pobres no pagadores.</p> <p>-Privado: consultorio para la población pagadora.</p>	<p>-Estado interventor políticas verticalistas.</p> <p>-Público: hospitales para pobres</p> <p>-Obras sociales: para trabajadores (se fortalecen)</p> <p>-Privado: consultorio para pagadores.</p>	<p>-Estado subsidiario, falta de capacidad regulatoria.</p> <p>-Hospitales públicos: comienza la descentralización.</p> <p>-Obras sociales: crisis financiera y organizacional. Se institucionalizan oficialmente en 1970.</p> <p>-Privado: la medicina corporativa se delimita en oposición a lo público estatal.</p>	<p>-Agotamiento del modelo de organización de servicios.</p> <p>-Crisis de las obras sociales por la puja distributiva.</p> <p>-Carácter más técnico de la reforma.</p>	<p>-Estado desregulador.</p> <p>-Reforma de salud, se completa el proyecto descentralizador.</p> <p>-Se debilita el Estado nacional; se desarrolla el Estado local.</p> <p>-Hospitales públicos: hospital público de autogestión con arancelamiento hospitalario y "eficientización" de las instituciones públicas con captación de recursos extrapresupuestarios, incorpora la lógica del mercado.</p> <p>-Obras sociales: desregulación de la demanda.</p> <p>-Privado: hospitales, sanatorios, se expanden las prepagas o seguros médicos privados.</p>	<p>Estado nacional cobra protagonismo. Política de salud en la relación población- proveedor.</p> <p>-Hospitales públicos: continúa su deterioro, aunque se construyen algunos hospitales del bicentenario.</p> <p>-Obras sociales: continúan con el desarrollo de las políticas de desregulación con vínculos fuertes con las empresas de medicina prepaga y la contratación con la medicina comercial.</p> <p>-Privado: prepagas, hospitales, sanatorios y consultorios privados.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía citada.

Estas huellas permiten comprender la idiosincrasia del sector y darán cuenta de cómo y por qué el sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado y desarticulado desde sus orígenes, lo que constituye una de sus características principales.

La historia del formato actual se remonta a la década de los cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo, el problema reside en que no prevé el desempleo o el empleo informal. En este contexto, el subsector público se conformó bajo una fórmula universalista de atención que fue encontrando, con el paso de los años, limitaciones serias en su impacto real. Simultáneamente a este proceso, emergió el subsector del seguro social que se tornó un elemento central y constitutivo del sector de salud argentino. Este también se formó con el supuesto del pleno empleo, pretendía brindar cobertura de salud a los trabajadores por rama de producción (Acuña y Chudnovsky, 2002).

La debilidad institucional y la regulación estatal escasa también aparecieron como atributos reconocibles a lo largo de los períodos señalados. Excepto por algunas figuras destacadas en el Ministerio de Salud, que promovieron algunas reformas tendientes a fortalecer al sistema sanitario público; la “normalidad” muestra la puja por la distribución de poder entre algunos actores sindicales y otros corporativos, en pos de favorecerse.

Pese a los cambios generados a partir de 2003 en el último ciclo, la fragmentación y heterogeneidad del sector aún persisten, como se verá a continuación.

Bibliografía

- Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana (2002). “El Sistema de Salud en Argentina”. Documento de trabajo 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional-Fundación Gobierno y Sociedad. Universidad de San Andrés. Buenos Aires.
- Belmartino, Susana (2005). *La atención médica argentina en el siglo xx. Instituciones y procesos*. Argentina: Siglo XXI.
- (2007). “Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad”. En Torrado, Susana (org.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario*, pp. 385-412. Buenos Aires: Edhasa.
- (2009). “Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos”. En 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo xx. Buenos Aires.
- Cetrángolo, Oscar y Jiménez, Juan Pablo (2004). “Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, instituciones y conflictos persistentes”. *Serie Gestión Pública*, n° 47. ILPES-CEPAL.

- Chiara, Magdalena (2013). “Políticas e instituciones en salud: el desafío de construir nuevos escenarios”. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, año 3, n° 6, pp. 31-42.
- Cortés, Rosalía y Marshall, Adriana (1999). “Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los 90”. *Desarrollo Económico*, n° 154, pp. 195-212.
- Crojethovic, María (2013). “Claves para pensar la dinámica del hospital público”. En Clérico, Laura; Ronconi, Liliana; Aldao, Martín (coords.), *Tratado de Derecho a la Salud. Tomo II*, pp. 1339-1359. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Golbert, Laura (2008). “Las políticas sociales antes y después de la Fundación Eva Perón”. En Barry, Carolina; Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana, *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, pp. 19-50. Buenos Aires: Biblos.
- González García, Ginés (1997). “Las políticas de salud en Argentina en los umbrales del siglo XXI”. *Medicina y Sociedad*, vol. 20, n° 1, pp. 43-53.
- Katz, Jorge y Muñoz, Alberto (1988). *Organización del sector salud. Pujá distributiva y equidad*. Buenos Aires: CEAL-CEPAL.
- Repetto, Fabián et al. (2001). *Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Documento de trabajo n° 55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires.
- Sojo, Ana (2000). *Reformas de gestión de salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Santiago de Chile: CEPAL.

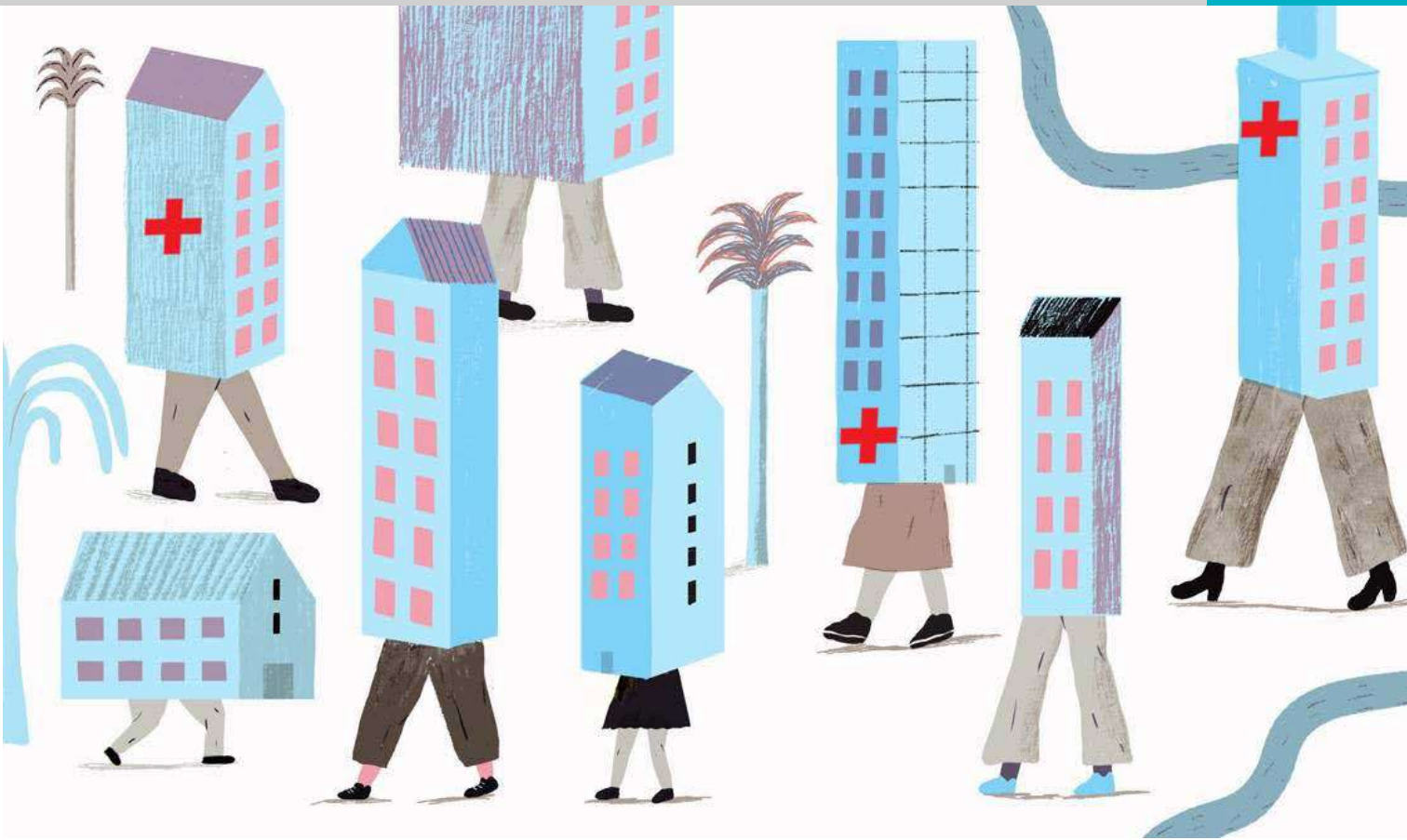


Ilustración: Cinta Arribas (agenciasinc.es).

Módulo 8

Organización del sector en la Argentina

Tal como fue mencionado, la fragmentación del sector de la salud en la Argentina se fue modelando desde sus orígenes. La historia de los distintos tipos de atención médica y de los servicios de salud ha conducido al régimen actual, compuesto por el subsector estatal (para quienes no pueden pagar), el subsector de la seguridad social (para los trabajadores) y el subsector privado (pago directo de particulares o familias).

¿Cómo se organiza el sector de la salud?

Es el Ministerio de Salud de la Nación, actual Secretaría, quien cumple con la función de coordinación, regulación y brindar asistencia técnica entre los tres niveles jurisdiccionales (nacional, provincial y municipal) y entre los subsectores (estatal, seguridad social y privado).

El *subsector estatal* se organiza en torno a la provisión pública de servicios de salud (ambulatorios, en los centros de salud, y de internación, en los hospitales) a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. A su vez, la Argentina es un país federal, lo que lleva a que el subsistema público de salud se organice en tres niveles de gobierno: la nación, las provincias y los municipios. Si bien sus principales beneficiarios son los sectores de recursos bajos, entre sus funciones se destaca el atender las necesidades sanitarias de la población a través de la provisión de equipamiento médico, de profesionales y de auxiliares de la salud, internación, campañas de prevención, planes de vacunación, entrega gratuita de medicamentos, etcétera (Ariovich y Crojethovic, 2015).

La relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia, lo que deja una gama variada de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino. Luego de un avance muy importante de una provisión centralizada, se desarrolló una descentralización de servicios de salud fuerte, que no implicó un avance de los gobiernos locales sobre el central. Los procesos de descentralización ocurridos en la Argentina tuvieron más bien motivaciones fiscales, sin promover la participación de los ciudadanos ni prever la coordinación de las políticas y las compensaciones entre regiones.

Los trabajadores que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares, tienen una cobertura adicional provista por las instituciones de la seguridad social denominadas *obras sociales*; a su vez, los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales están asegurados en las “obras sociales provinciales”. Otro aspecto característico del sistema de seguro social argentino es la introducción de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y a sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), más conocido

como Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Dentro de este subsector se encuentran numerosas instituciones que muestran, también, diferencias importantes entre sí. Estas instituciones cuentan con marcos normativos propios que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios, lo que genera, en consecuencia, variaciones en el acceso y utilización de los servicios (Ariovich y Crojethovic, 2015).

La Superintendencia de Servicios de Salud es el ente de regulación y control de las obras sociales nacionales (OSN). Asegura el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población.

Finalmente, el *subsector privado* en salud está conformado de manera principal por los prestadores de servicios médico-asistenciales, financiadores o empresas de seguros médicos, laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias y centros de diagnósticos; además de las instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas que se desempeñan dicho sector. Dentro de este, hay organizaciones y planes asistenciales de características muy diversas, aunque, en términos generales y particularmente en las ciudades grandes, se orientan a la población de ingresos mayores (Ariovich y Crojethovic, 2015), reguladas a partir de la sanción de la Ley N° 26682 de medicina prepaga en el 2011.

Cuadro 8.1. Organización del sector salud

	Beneficiarios	Financiadores	Prestadores	Reguladores
Público	Toda la población, especialmente la parte sin capacidad de pago.	Nacional, provincial y municipal.	hp + caps + médicos de cabecera.	Nación-provincia y municipios.
Obra social	Trabajadores formales y grupo familiar primario.	Agentes de seguro de salud + osp + os creadas por ley especial + pami + art.	Clínicas privadas y otros privados + hp.	Superintendencia de Seguros de Salud.
Privado	Población con capacidad de pago: clientes.	Prepago.	Clínicas privadas y otros privados + hp.	Superintendencia de Seguros de Salud (2011).

Fuente: elaboración propia a partir de Acuña y Chudnovsky (2002).

La conformación especial del sector le imprime una lógica peculiar, puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsectores, los que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que producen y brindan, y el origen de los recursos con que cuentan (Acuña y Chudnovsky, 2002; Cetrángolo, 2011).

Fragmentación y segmentación institucional

A pesar de cubrir teóricamente a la totalidad de la población, el subsector estatal presenta una desarticulación importante al interior de este, debido al corte interjurisdiccional entre los siguientes:

- la nación y las provincias,
- entre las provincias y
- entre las provincias y los municipios (Ariovich y Crojethovic, 2015).

En este contexto, y dados los retos que se plantea la política sanitaria nacional, aparecen como problemas relevantes la cuestión referida a las “mediaciones” que se construyen entre el Ministerio Nacional y los efectores de los programas, y también los “contenidos de la política”:

- Por un lado, en un plano institucional, se identifica una heterogeneidad institucional en las veinticuatro jurisdicciones que ponen en escena esquemas de distribución de funciones muy diversos entre provincias y municipios.
- Por el otro, desde una perspectiva política, aparece la necesidad de comprender el esquema de distribución de funciones, que supone también diferencias en las agendas que enfrentan los actores gubernamentales, según tengan (o no) la responsabilidad sobre la provisión de los servicios (Chiara, 2013).

En este escenario, no puede esperarse que los procesos de implementación de políticas y programas nacionales recorran caminos sencillos, por la propia complejidad de estos procesos. En las dinámicas territoriales provinciales y municipales, suceden fenómenos que les son propios y que inciden en las condiciones en las que se brinda la atención a la salud, con coberturas dispares, de acuerdo a las condiciones socioeconómicas y localización geográfica (Chiara, 2013).

A la vez, existen coberturas múltiples (duplicación) y de calidad diferente por la superposición de la oferta pública, cobertura obligatoria de la seguridad social y privada (con un gasto de bolsillo privado que limita el acceso a aquellas personas que más lo requieren). A esto se agrega la separación entre la seguridad social formal y los sectores informales, dado que la protección social descansa en un esquema contributivo ligado al mundo laboral formal.

Figura 8.1. Elementos que fragmentan y segmentan el sector



Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

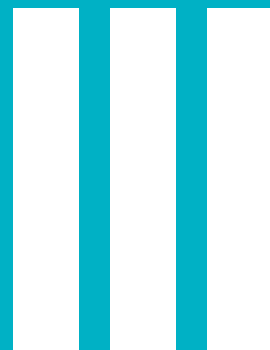
En suma, y tal como se desprende de la figura 8.1., dimensionar la problemática de la fragmentación y de la segmentación implica tomar en cuenta las formas que ha asumido la descentralización de los servicios públicos; la participación de actores diversos, como los subsectores público, seguridad social y privado; las superposiciones entre efectores y entre programas; la falta de coordinación asistencial entre las distintas jurisdicciones a cargo de la salud (nación, provincia y municipios) del propio sector público; y la falta de coordinación asistencial en la seguridad social y en el subsector privado con organizaciones que se muestran heterogéneas con relación a su población objetivo, la cobertura brindada, los recursos disponibles y la modalidad operativa (Ariovich y Crojethovic, 2015).

Bibliografía

- Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana (2002). “El Sistema de Salud en la Argentina”. Documento de trabajo 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional-Fundación Gobierno y Sociedad. Universidad de San Andrés. Buenos Aires.
- Ariovich, Ana y Crojethovic, María (2015). “La fragmentación institucional y la potencialidad de las redes de servicios de salud. Un aporte para su análisis”. *Gerencia y políticas de salud*, Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.
- Cetrángolo, Oscar (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina*. PNUD-OPS-CEPAL.
- Chiara, Magdalena (2013). “Políticas e instituciones en salud: el desafío de construir nuevos escenarios”. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, año 3, n° 6, pp. 31-42.

PARTE III

El territorio
en la gestión
de la salud



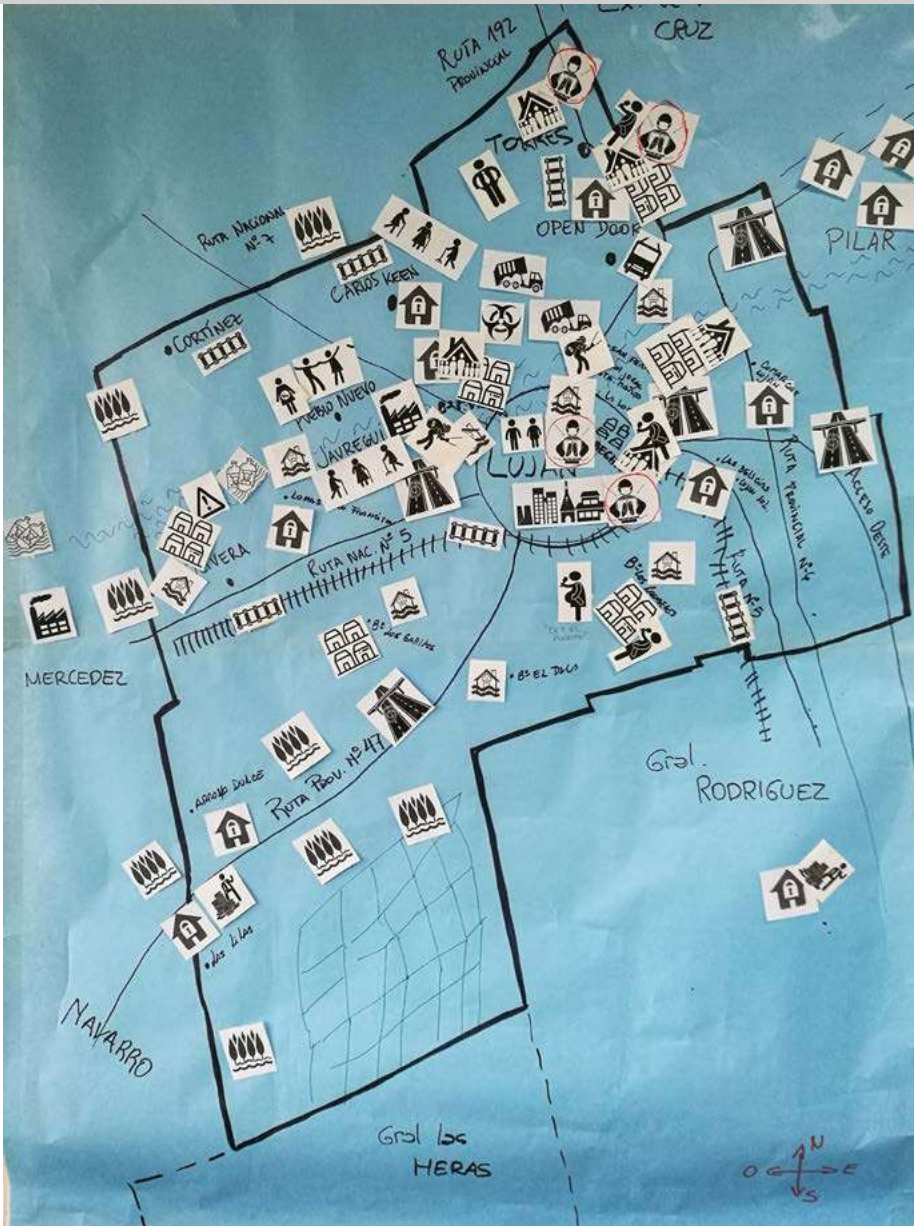


Foto: María Crojethovic.

Módulo 9

Noción de territorio y formas de abordaje territorial

Los espacios urbanos también son un resultado de las relaciones sociales e históricas, los cuales están marcados por sus políticas sociales y urbanas. El modo en que se organizan también evidencia cierta desigualdad que puede observarse en su trama, en cuanto “problemas urbanos” (Topalov, 2004) pasibles de ser intervenidos.

La fragmentación urbana actual a la que se asiste se halla ligada a los procesos de desigualdad social y a las barreras materiales o inmateriales (Harvey, 1992; Prévot-Schapira, 2001). La ciudad suele ofrecer equipamientos colectivos que coadyuvan al bienestar general de la población, tanto en los estratos más pobres como en los de mejores ingresos. Sin embargo, las instituciones proveedoras de bienes y servicios –sean estas públicas o privadas– en un área metropolitana no siempre están desarrolladas como para satisfacer las necesidades sociales de su población; sino que dependen de la estructura de oportunidades que interviene y modifica las condiciones de vida en la ciudad (Di Virgilio, 2015). Este proceso de fragmentación, a la vez, se ve reforzado por la focalización de las políticas sociales que suelen implementarse según los sectores de ingreso distintos. En la orientación que se les da a las políticas sociales, se reproduce un territorio polisémico compuesto por los distintos grados de formalidad y legalidad.

Es el territorio el que, a partir de las características que adquiera (en términos de infraestructura, oferta de servicios, movilidad, tipo de políticas públicas, etcétera), configura los problemas de salud. Por eso las políticas sanitarias deben concebirse a partir de la dinámica territorial propia de cada municipio, provincia o región, poniendo en valor la singularidad de dichos problemas y la complejidad de sus causas.

Se debe partir de la definición o delimitación de un problema de orden territorial y avanzar con respuestas integrales, para acercar la oferta y la demanda de bienes y servicios sociales según las necesidades de una población determinada.

En suma, los modos particulares a través de los cuales se expresan estos problemas ponen en evidencia la relevancia de la *dimensión territorial* en la política sanitaria.

¿Qué entendemos por territorio? ¿Qué significa la dimensión territorial?

En general, suele haber una asociación directa del concepto de territorio con el de espacio, que lleva a una discusión desde una visión natural y naturalizada de este, ya que no contempla la presencia de los actores. Pero, desde otras cosmovisiones, *la noción de territorio debe construirse desde una concepción que dé cuenta de su carácter histórico y social.*

El lugar no debe ser visto como un espacio local estático en el tiempo, sino como una construcción política, económica y cultural que lleva a plantear diversos desafíos y oportunidades.

El *territorio* se define con relación a determinados atributos del espacio, a partir de la apropiación y autorreferencia de los sujetos (Dematteis, 2006). Tiene un carácter dinámico, y quienes usan el territorio y lo reproducen construyen nuevas territorialidades (Dematteis y Governa, 2005).

La *territorialidad* es el resultado de una relación dinámica entre los componentes sociales (economía, cultura, instituciones, poderes) que expresan determinadas relaciones de poder, con relación a una dimensión espacio-temporal (Dematteis y Governa, 2005).

El territorio no es un lugar natural, dado, sino una cristalización de las disputas y luchas históricas, encarnadas por las relaciones sociales en un tiempo determinado. Este se distancia de lo local como escenario estático, tampoco es la representación de lo geográfico como algo que lo explica todo de forma indivisible; sino que el territorio local se presenta como una relación topológica, que agrupa conjuntamente distintas escalas de acción y de práctica social. A la vez que es capaz de informar al individuo o al colectivo social acerca de su identidad.

Se construye mediante su territorialidad, y esta debe ser comprendida como una política relacional del lugar, como lugares de heterogeneidad yuxtapuesta (afiliación, vínculos y flujos de relaciones) dentro de una estrecha espacialidad, que conforman micromundos en los que se vive y se disputa como espacio de vida. Intervenir sobre ella requiere de una intensa negociación que logre captar dicha heterogeneidad habitual de los conflictos sobre el espacio público (Amin, 2005).

A modo de ejemplo, un territorio fronterizo se compone de dos territorios geopolíticamente delimitados, que poseen cierta distribución de las calles, edificios públicos, plazas, monumentos que fueron realizados durante largos procesos, a partir de las relaciones intersubjetivas de la comunidad que lo habita. No obstante, la territorialidad que comparte esta población es más que la suma de dos países y dos comunidades. La territorialidad, en este sentido, se construye a través de la cultura (en términos sociales, políticos, económicos y culturales) que emerge del espacio con relación a un territorio en específico.

La territorialidad no depende únicamente de los recursos necesarios para determinar las formas locales, sino, ante todo, de las relaciones intersubjetivas, por las cuales el territorio resulta ser un conjunto de anclajes, en cuyo centro se sitúan las redes locales que traban los sujetos, que, a la vez, conectan las relaciones propias del territorio urbano local con las del resto del mundo (Dematteis, 2006).

Los sistemas territoriales urbanos son esencialmente imágenes mentales de redes sociales, que tienen presentes los principios de la territorialidad local, esto es, de las posibles relaciones sociales con los territorios (Dematteis, 2006).

El significado del abordaje territorial no es unívoco

La polisemia que caracteriza al territorio como objeto de estudio –*espacio de mediación* (Jolly, 2005), *fenómeno social* (Dematteis, 2006), *posiciones temporales* (Amin, 2005)– habilita a pensar su análisis por capas.

Territorio de urbanización: redes, transporte, espacio público, vivienda, suelo urbano, equipamientos colectivos.

Territorio político administrativo: funciones político-institucionales y electorales.

Territorio de la cotidianidad: relaciones próximas, en las que se generan las condiciones materiales y sociales para la satisfacción de las demandas.

¿Por qué un abordaje territorial en salud?

La complejidad de las demandas sociales en el territorio interpela al modelo clásico de políticas públicas y sociales, que combina intervenciones intersectoriales con la focalización en poblaciones pobres, y abre interrogantes sobre cómo hacerlo, entre quiénes y en qué momento del proceso de toma de decisiones.

Lo territorial es interpelado por la dimensión política que regula el sistema social en un territorio geográfico determinado, pero esta regulación se puede dar tanto dentro del marco de una circunscripción local (región, provincia, etcétera) como también de forma global, como es el caso de las políticas de descentralización. En este segundo caso, el Estado busca regular la reproducción de algo más abstracto, constituido por un campo de actividad que se delimita verticalmente: la salud, la industria, la defensa, el urbanismo, los transportes, etcétera.

En salud el territorio también es indisociable, no puede ser parcializado. No puede ser recortado por un sector, el territorio es horizontal e integral. Por eso, un abordaje territorial implica una forma de gestión social no fragmentada, que busca satisfacer todas las necesidades de la población en ese territorio (Tobar, 2010).

La gestión territorial en salud busca mejorar la relación oferta-demanda de bienes y servicios, según las necesidades de una población determinada, tomando en cuenta primero el problema de orden territorial para luego darle respuestas integrales (Tobar, 2010).

Para eso, se espera que los servicios públicos operen de forma integrada en el territorio, incorporando las necesidades regionales para la resolución de los problemas. Dicho abordaje propone una vuelta a la comunidad, para poner en sintonía las demandas de los habitantes con una oferta pública diversa y articulada de productos, bienes y servicios (Tobar, 2010).

En la región, en general, y en la Argentina, en particular, se registraron algunas experiencias que ejemplifican dicho abordaje, las cuales surgieron con una dinámica

inversa: su desarrollo tuvo origen en la periferia para luego avanzar hacia el centro del sistema (Tobar, 2010). Proceso de cambio que partió de un nivel micro y arribó a un nivel macro, es decir que su origen provino de la población para después elevarse a las instituciones –con sus estructuras y organigramas–. En algunos de estos casos, las acciones innovadoras surgieron en respuesta a los problemas concretos vividos por los protagonistas de las acciones (la comunidad, el barrio). En otros, la innovación provino de una puesta en práctica diferente –una resignificación– de los programas del gobierno o de las organizaciones sociales. Así, la transformación obtenida fue fruto de un proceso más horizontal, que a la vez logró dar respuestas a las necesidades de la población (Tobar, 2010).

¿Qué aporta la perspectiva territorial al análisis de las políticas sanitarias?

Las políticas del sector en el proceso de implementación adquieren cierta singularidad proveniente del territorio, debido a que los efectores de salud están localizados en territorios que son dispares. Así, los procesos de salud-enfermedad son alcanzados por el entorno barrial, ya que el acceso a bienes y servicios en un área metropolitana es desigual; depende de la dinámica de los mercados y de la dotación de recursos de los que disponen no solo las personas, sino las instituciones proveedoras de bienes y servicios –sean estas públicas o privadas– (Di Virgilio, 2015).

A este fenómeno se le debe sumar que, en los últimos años, se asistió a la agudización de un proceso de fragmentación urbana –arriba mencionado–, debido a la exacerbación del proceso de mercantilización que caracterizó a la urbanización de la Argentina durante los años noventa. Mientras se amplió la brecha de la desigualdad de ingresos, se profundizaron las formas mercantilizadas de acceso a las condiciones mínimas de habitabilidad. La organización urbana mostró entonces a sectores altos y bajos en espacios geográficos cada vez más acotados con una mayor visibilidad de las fronteras (desde la proliferación de las urbanizaciones cerradas hasta el cierre de barrios abiertos). En consecuencia, la yuxtaposición de estos modos de vida no solo reforzó dicha fragmentación, sino que alimentó la conflictividad del mismo territorio. Proceso que ha impactado fuertemente sobre los mecanismos de cualificación del territorio, es decir, sobre la extensión de la infraestructura urbana, la movilidad y el transporte, pero también sobre la calidad del espacio público, la localización de la vivienda y los equipamientos colectivos (centros de salud, escuelas, hospitales), en cuanto componentes urbanos de la ciudad (Catenazzi, 2015). La geografía, entonces, afecta el acceso de bienes y servicios, diferenciando la obtención de estos, pero también afecta la movilidad y con ello la accesibilidad a los lugares de atención según se localicen en el espacio urbano. A su vez, la falta de redes sociales que puedan definir

los miembros de las familias, la localización del territorio y de los equipamientos e infraestructura de los servicios de salud condicionan aún más el acceso a la salud (Di Virgilio, 2015).

Por ejemplo, la población rural no tiene el mismo acceso a los recursos sanitarios que la que se encuentra en las zonas urbanas, partiendo de aquí, luego se nos hace evidente que las condiciones geográficas, de infraestructura y movilidad tampoco es la misma para la zona rural que para la urbana, y dentro de cada zona lo rural y lo urbano presentan también situaciones heterogéneas. En este sentido, los problemas de salud se recrudecen o no según su localización.

Territorios desiguales generan en la población vulnerable una movilidad desigual que se transforma, a la vez, en una *movilidad vulnerable*.

Movilidad vulnerable: cuando las necesidades de desplazamiento no se logran realizar en viajes, o lo hacen en viajes que están en riesgo de continuidad, reducción o deterioro por la intervención de obstáculos que tornan la movilidad del grupo social frágil o débil, grupos que son de por sí vulnerables (Gutiérrez, 2009).

Específicamente en el sector salud, la facilidad del viaje es inversamente proporcional a la importancia de la prestación para el cuidado de la salud: cuanto más especializadas son las prestaciones (y más riesgosa su postergación o incumplimiento), los viajes son más complejos y vulnerables (más viajes, más lejos, más caros, largos y difíciles, lo que retroalimenta la vulnerabilidad de las condiciones iniciales). En consecuencia, la movilidad vulnerable termina por incidir en la cantidad y también en la calidad del control de salud de la población.

Entonces, el territorio desigual y las disímiles condiciones de movilidad vulneran las políticas sustentadas en principios de igualdad, como la salud universal y gratuita, hecho que hace que las políticas de salud porten y acarreen la problemática del transporte, lo que condiciona aún más el acceso a la salud (Gutiérrez, 2009).

De ahí que sea necesaria una mirada al sector salud desde la movilidad, pero diseñada desde una relación intersectorial con las otras políticas, más allá de las propias de transporte –sean redes o servicios– (Gutiérrez, 2009).

En el periurbano de Buenos Aires, escenario de la expansión urbana actual y sus contrastes, el viaje de los pobres a la salud es vulnerable, y en especial el de las mujeres, embarazadas, y adolescentes. [...] Hay medidas para mitigar el viaje, como los CAPS en la política de salud o la inclusión del remis en la de transporte, pero incapaces de registrar desconexiones intersectoriales. El viaje al CAPS se resuelve a pie o en bicicleta, sin servicios de transporte motorizados, pero esto no alcanza. La iniciativa de distribuir el sistema público de salud en el territorio mantiene concentrada la atención de la salud materna a pesar de haber servicios que podrían ofrecerse en los CAPS. La cobertura de los CAPS

principales, es restringida no solo por su número, sino también por su deficiente localización. [...] Esto expresa la necesidad de políticas públicas de transporte que contemplen alternativas para servicios periurbanos, y de políticas intersectoriales (Gutiérrez, 2009:15).

La perspectiva territorial, entonces, le permite al análisis de las políticas de salud identificar dinámicas territoriales con problemas y actores que no son captadas por las políticas centralizadas de carácter sectorial. La incorporación del territorio tiene como objetivo integrar tales dinámicas territoriales al análisis y al diseño de las políticas públicas, en diálogo con los valores de universalidad y ciudadanía. Esto no implica que toda política pública debe dejar de lado sus componentes sectoriales, pero supone un cambio tanto en los aspectos sustantivos –ideas y contenidos– como en los procedimentales –operativos y decisionales– (Catenazzi, 2015).

Para analizar las complejas relaciones entre el territorio y los procesos de salud-enfermedad, no alcanza solo con la clásica coordinación vertical y horizontal de la administración pública nacional, provincial y municipal, sino que, al *poner en valor el poder territorial*, aparece la conveniencia de *pensar otras escalas* de análisis e intervención no solo a partir de delimitaciones político-jurisdiccionales, sino también considerando la existencia de algunos territorios (Catenazzi, 2015; Di Virgilio, 2015).

Para eso es preciso distinguir entre distintas escalas en las que estos procesos se despliegan, tanto con relación al proceso de salud-enfermedad como a la gestión de las políticas.

La *escala* puede definirse como una “*lente*” a la que recurre el investigador para acercarse a un fenómeno para ser examinado, a la vez que es en la que los *actores se inscriben según las estrategias identitarias que adoptan* (Di Virgilio, 2015).

Se pueden distinguir *cuatro aspectos* del concepto de escala (Gutiérrez Puebla, 2001; Di Virgilio, 2015), según la lente que se adopte o el abordaje que se pretenda, se pondrá el foco en el tamaño, en un nivel jurisdiccional, en la red de agentes o en la relación de escalas.

Como *relación entre tamaño del objeto real y el dibujo que lo representa*: en términos cartográficos, es un zum que establece la magnitud y niveles de detalle de la población de estudio o de intervención. Alude a la “magnitud” o tamaño, y eso tiene implicancias sobre cuáles son los fenómenos pertinentes para ser analizados en cada escala.

Podría servir para analizar el fenómeno de estudio con una mirada más en detalle o más agregada, es una lente que se acerca y se aleja de su objeto de estudio. Por ejemplo, frente a un problema sanitario de una comunidad, la escala podría ser el barrio o el municipio si resulta adecuado analizar los desplazamientos de los vecinos hasta los puestos sanitarios.

- Como *nivel jerárquico o jurisdiccional*: pone la mirada sobre lo municipal, lo provincial y lo nacional para el estudio o la intervención. Permite observar el recorrido de la política desde el orden nacional hacia el local, poniendo el foco en las intervenciones desde las delimitaciones político-jurisdiccionales, las normas y el conjunto de procedimientos. Por ejemplo, sería pertinente para analizar un programa vertical.
- Como *red de agentes*: permite observar las redes de agentes que operan en distintos niveles y profundidades de influencia del problema a estudiar o intervenir. Tomando el caso de los sistemas locales de salud (SILOS), nos llevaría a observar la relación de los actores que participan en cada uno de estos mismos, poniendo el foco en los agentes municipales. En las propuestas de municipios y comunidades saludables (MCCS), permitiría ver a los agentes en los distintos niveles y sus relaciones, también poniendo el foco en los agentes municipales.
- Como *relación*: un mismo objeto de estudio puede ser observado desde distintas escalas y cuando estas cambian, los acontecimientos, procesos y factores que se contemplan pueden ser básicamente los mismos, no obstante, se alteran las relaciones entre ellos y, por ende, su peso relativo en la definición del fenómeno a analizar.

Un polo industrial radicado a la vera de un río que es contaminado genera problemas en distintas escalas: desde lo local, pueden surgir problemas de la salud de la población por la contaminación de las aguas, desde una escala nacional, surge la importancia del polo industrial para el desarrollo económico del país y, a nivel global, complejiza la relación con las industrias multinacionales ubicadas en la zona. Los elementos del caso son los mismos, pero, al analizar una escala u otra, los acontecimientos, procesos y factores que intervienen adquieren distinto peso, por eso, si se mira una escala u otra, lo que cambia son las relaciones entre estos acontecimientos o factores.

Un mismo problema u objeto de estudio puede ser abordado o analizado desde distintas escalas, depende de cómo este definido y delimitado el objeto de estudio y lo que se busca o desea observar. No obstante, nunca podría estudiarse un programa vertical con la escala de red de agentes, simplemente porque no existe tal red de agentes en dicho programa.

Las distintas políticas de salud pueden pensar al territorio de forma diversa, según la configuración que adopte el proceso de construcción social: podría tratarse de un *territorio de proximidad* o de un *territorio de continuidad o red*.

El territorio de proximidad representa un espacio continuo, topográfico, objeto de apropiación, lugar en el que los distintos micromundos se encuentran atrapados

en el mismo terreno, y las presiones y los diferentes intereses deben ser gestionados y negociados activamente porque no existe ningún otro terreno (Amin, 2005). Asimilable al concepto de territorio como área. Delimitación única y definida por la apropiación.

La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, por ejemplo, jerarquiza el trabajo de los equipos multidisciplinarios del primer nivel, quienes adquieren responsabilidad sobre la población adscrita perteneciente a un territorio geográfico delimitado por la proximidad. Asimismo, jerarquiza la colaboración de actores nuevos en las dinámicas de la atención; desde el primer nivel se convoca la participación activa de la familia, la comunidad, los referentes barriales, los agentes y promotores sanitarios, etcétera, para promover comportamientos y estilos de vida saludables y mitigar los daños socioambientales sobre la salud. Este entramado de actores se despliega en un “espacio de proximidad”, definido por la población perteneciente al área programática de intervención¹ (Chiara y Ariovich, 2013).

Territorio de la contigüidad representa una red topológica; constituida desde los nodos en los que convergen flujos y en los que el dentro y fuera no está definido localmente. La configuración espacial depende de los recursos movilizados y de las diferentes modalidades de control (material y simbólico) (Catenazzi, 2015).

Las *redes de servicios de salud*, en cambio, están pensadas como un continuo coordinado de servicios de promoción y prevención, de diagnóstico, de tratamiento, de rehabilitación y de cuidados paliativos para una población y territorios definidos que rebasa la proximidad. Con este propósito, las redes articulan estratégicamente y de manera cooperativa, a través de relaciones contractuales y técnicas, un conjunto de organizaciones complejas que albergan dinámicas de control particulares, poder y autonomía entre sus actores (Crojethovic y Ariovich, 2015).

Estas formas conceptuales y operativas de intervenir en el territorio pueden coexistir, según el fenómeno o problema que se pretenda abordar.

Visto desde la gestión en salud, una intervención territorial debería contemplar cuatro condiciones básicas: promover un abordaje poblacional, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado, avanzar hacia la integralidad de la atención, y, finalmente, promover la regulación de la oferta (Tobar, 2010).

Abordaje poblacional: definir prioridades apuntando a mejorar la salud del conjunto de la población antes que el combate de enfermedades, a partir de elaborar un esquema de cuidados programados y continuos, identificando y nominalizando a la población.

Abordaje horizontal y descentralizado: mediante el fortalecimiento de los servicios locales estables con población a cargo, promoviendo cuidados continuos y programados mediante actividades intersectoriales y con la participación de la comunidad.

¹ Más adelante veremos las limitaciones de asociar esta proximidad a la noción de comunidad.

Integralidad de la atención: promoción y prevención, pero, además, incorporar en el equipo de salud la definición de quienes son los responsables primarios por los resultados de salud de la población residente, coordinando un funcionamiento en red que involucre desde el primer nivel de atención hasta los servicios de alta complejidad.

Regulación de la oferta: los servicios disponibles también deben ser referidos al territorio y a la población en función de sus necesidades.

Figura 9.1. Desafío del abordaje territorial en salud



Fuente: elaboración propia a partir de Tobar (2010) y Moro (2015).

La gestión territorial propone promover un abordaje poblacional, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado, avanzar hacia un abordaje integral y, por último, promover la regulación de la oferta (Tobar, 2010).

En este esquema, la figura del gestor es central, debe actuar como un decodificador, un intérprete y un catalizador de sentidos en el territorio, como un mediador que permite crear condiciones de posibilidad para la política sanitaria: primero, para el diálogo y el entendimiento mutuo; y luego, para la búsqueda de acuerdos y de viabilidad de la política (Moro, 2015).

El territorio debe funcionar como el gran organizador del campo, como punto de apoyo para planificar el funcionamiento del sector de salud. No solo sobre la base del espacio, sino del espacio vivido, del espacio y su gente.

Bibliografía

- Amin, Ash (2005). “Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar”. *Ekonomiaz*, n° 58, 1, pp. 76-95.
- Catenazzi, Andrea (2015). “Para conceptualizar el territorio en salud”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 37-44. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, Magdalena y Ariovich, Ana (2013). “Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS-OMS en América Latina”. *Cuadernos Metrópole*, vol. 15, n° 29, pp. 99-122.
- Crojethovic, María y Ariovich, Ana (2015). “Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina”. *Revista de Gestión de las Personas y Tecnología*, vol. 8, n° 24, pp. 37-50.
- Dematteis, Giuseppe (2006). “En la encrucijada de la territorialidad urbana”. *Bitácora Urbano Territorial*, vol. 1, n° 10, pp. 53-63.
- Dematteis, Giuseppe y Governa, Francesca (2005). “Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SloT”. *Boletín de la A. G. E.*, n° 39, pp. 31-58
- Di Virgilio, Mercedes (2015) “La dimensión territorial de la política sanitaria”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 47-60. Los Polvorines: UNGS.
- Gutiérrez, Andrea (2009). “La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires”. XII Encuentro de Geógrafos de América Latina. Montevideo.
- Gutiérrez Puebla, Javier (2001). “Escalas espaciales, escalas temporales”. *Estudios Geográficos*, vol. 62, n° 242, pp. 89-103
- Harvey, David (1992). *Urbanismo y desigualdad social*. España: Siglo XXI.
- Jolly, Jean-François (2005). “Gobierno y gobernanza de los territorios, sectorialidad y territorialidad de las políticas públicas”. *Desafíos*, n° 12, pp. 52-85.
- Moro, Javier (2015). “Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*, pp. 65-74. Los Polvorines: UNGS.
- Prévot-Schapira, Marie France (2001). “Fragmentación espacial y social: conceptos y realidades”. *Perfiles latinoamericanos*, n° 19, pp. 33-56.
- Tobar, Federico (2010). “Gestión territorial en salud”. En Chiara, Magdalena y Moro, Javier (comps.), *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: capacidades, problemas y desafíos*, pp. 15-44. Los Polvorines: UNGS.
- Topalov, Christian (2004). “De la cuestión social a los problemas urbanos: los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo xx”. En Danani, Claudia (comp.): *Política Social y Economía Social: debates fundamentales*, pp. 41-71. Buenos Aires: UNGS-Fundación OSDE-Altamira.



Foto: Marco Gómez Acosta.

Módulo 10

Territorialidad en salud

En esta dirección adquiere sentido revisar y repasar las distintas nociones de territorio, que han ido cobrando movimiento en el sistema sanitario desde las propuestas de la OMS y OPS (Chiara y Ariovich, 2013).

¿Cómo fue apareciendo la dimensión territorial en las políticas de salud?

Programas verticales: Entre los años cincuenta y sesenta, la OMS promovió el combate de las enfermedades transmisibles –paludismo, tuberculosis, polio, etcétera– (Vilosio, 2015), lo que organizó el modo de pensar y de hacer política sanitaria, constituyendo un modelo basado en “programas verticales” que aún sigue vigente y convive con otras formas de concebir la política sanitaria, denominadas “horizontales” (Chiara y Ariovich, 2013).

Este tipo de intervención dejó huellas importantes en la institucionalidad del sector, como ser la creación de las unidades de epidemiología en los ministerios, las rutinas de vigilancia epidemiológica y la aplicación de programas de control de enfermedades transmisibles (OMS, 1974).

Inscrito en una lógica de arriba hacia abajo, este modelo buscó resolver un problema de salud a través de estrategias independientes que han comprendido normas de atención, organización adecuada de recursos y racionalización del uso de tecnología. El territorio visto como algo homogéneo aparece en esta perspectiva como objeto de un control político y epidemiológico; fundado en diagnósticos que están asociados a la tecnología disponible a difundir y en las normas que se deben aplicar (Chiara y Ariovich, 2013). Por un lado, la política sanitaria deja de ser cuestión de expertos para convertirse en un conjunto de procedimientos para ser cumplidos por actores diversos, lo que amplía así el alcance territorial de la acción. Por el otro, esta forma de recuperar el territorio permitió construir y delimitar las fronteras, a partir de un determinado problema sanitario, pasible de ser resuelto a través de la tecnología disponible (Chiara y Ariovich, 2013).

Con la reaparición de la malaria el territorio comienza entonces a verse como un objeto de la acción sanitaria, pero desde una complejidad simplificada. Las limitaciones de dicha verticalidad provocaron una ruptura con el pensamiento compartimentalizado, lo que dio lugar a un proceso de integración sistémica que tuvo origen en la reunión de Alma-Ata (Vilosio, 2015).

Atención primaria de salud: un nuevo planteo, el de las intervenciones horizontales, permitió el desarrollo de un enfoque intersectorial y multidisciplinar de la atención concebida de manera integral, dio lugar a la participación de la comunidad desde un enfoque de derechos, y otorgó un rol central al médico de familia o generalista (OMS, 2005).

En su concepción reformulada de APS, el territorio ingresó a la gestión de la política sanitaria, a partir de la delimitación de un área programática que, por un lado, ha buscado recoger las demandas particulares de las familias y, por el otro, ha convocado a la participación activa de la comunidad. El territorio se definió así como un espacio físico de continuidad, en el que los vínculos se han determinado por relaciones de proximidad.

La escala espacial de lo local sobre la que ha descansado esta propuesta es la que posibilitó los contactos y la cooperación entre los actores involucrados en los procesos de la atención de la salud; la dimensión territorial emergió así como una herramienta que tuvo por objetivo permitir a las comunidades definir sus necesidades y derechos. Se ha tratado de un territorio vinculado a la noción de “comunidad”, este “territorio de proximidad” se ha vuelto estratégico para la implementación.

A pesar de su utilidad y pertinencia, se debe advertir que este recorte se circunscribió a lo próximo, presuponiendo la interacción fluida entre actores (o potenciales actores) en presencia de un conjunto dado de recursos locales. De este modo, corre el riesgo de aislar a la comunidad del contexto mayor y desatender a la incidencia de otros actores (cuya acción no necesariamente está localizada en el territorio de proximidad) que también intervienen en el desenlace de la política sanitaria (Chiara y Ariovich, 2013).

Sistemas locales de salud: en la década de los ochenta, el modelo de los SILOS¹ fue concebido por la OPS como un camino complementario para alcanzar un uso más eficiente de los recursos, en un escenario regional de fuerte crisis económica. Estos han sido definidos como un conjunto interrelacionado de servicios de salud, sectoriales y extrasectoriales, en una zona específica (OMS, 1988).

Los SILOS han planteado la jerarquía de la acción local como instancia estratégica para lograr la adecuación de la atención a las demandas y necesidades particulares de los territorios implicados. La propuesta de los SILOS fue la responsable de inaugurar en la región el ingreso de lo local al debate sanitario. Su propósito principal fue impulsar la toma de decisiones en los sitios en los que se generan los problemas y, por consiguiente, propiciar la descentralización de facultades y recursos hacia las instancias periféricas, planteando una noción algo más compleja de territorio (Chiara y Ariovich, 2013).

En esta propuesta, la noción del territorio se ha delimitado desde la epidemiología y se politiza poniendo el foco en la construcción de una

... propuesta geográfica poblacional [...], influenciada por las necesidades de la población definidas en términos de daños y riesgos. Aunque manteniendo

¹ Si bien la APS fue enérgicamente sostenida hasta la actualidad, convive, a su vez, con otras estrategias y modelos que fueron apareciendo a partir de mediados de la década de los ochenta.

un recorte sectorial, esta propuesta ha conceptualizado al territorio desde otras dimensiones: la cuestión del poder, del Estado, del financiamiento y de la coordinación intergubernamental, se suman a la noción de “proximidad” y sus actores, nutriendo de elementos el concepto de territorio (Chiara y Ariovich, 2013).

El territorio ha referido a “lo local; sin embargo, los documentos han llamado la atención acerca de la necesidad de trascender las fronteras de lo municipal para dar cuenta de la densidad de los actores que juegan en esa arena, así como la pertenencia orgánica a un sistema nacional de salud como entidad global y la articulación en red de servicios interrelacionados” (Chiara y Ariovich, 2013).

Municipios, ciudades y comunidades saludables: han buscado aplicar la promoción de la salud a los contextos locales, adaptándose a los escenarios de la descentralización. La noción de territorio que ha adoptado esta es más comprensiva, tomando distancia de las cuestiones más duras del sector (Chiara y Ariovich, 2013).

De esta forma, se ha pretendido que el territorio se construya política y socialmente con los ciudadanos, a través de la gestión democrática y del fortalecimiento de la participación como elementos esenciales. En esta propuesta, aparecen la vivienda, la escuela, los mercados y el trabajo como entornos saludables con los que se debe interactuar e integrar sinérgicamente.

Los actores que se han jerarquizado fueron los gobiernos locales, las ONG y las organizaciones sociales comunitarias (OSC). La delimitación de estos actores se ha aproximado a la gobernanza de las ciudades haciendo foco en el papel del municipio, cooperando en redes con otros actores gubernamentales y de la sociedad (Chiara y Ariovich, 2013).

Determinantes sociales de la salud (DSS): han sido impulsados, desde finales de la primera década de este siglo, con el objetivo de alcanzar aún más a las poblaciones. Se busca integrar, desde la perspectiva sectorial, a los factores económicos, educativos, ambientales, culturales y de género, como componentes de las desigualdades sanitarias entre países y dentro de cada país.

La preocupación por la desigualdad ha hecho visible las condiciones de vida de la población, en general, y las condiciones de salud-enfermedad, en particular, así como también la distribución de los recursos (Naomar y Paim, 1999). Y el territorio se expresa mediante los factores sociales, económicos y políticos que han hecho a los perfiles epidemiológicos de las poblaciones.

Contemporáneamente, comienza a abrirse una nueva orientación en el enfoque de los determinantes sociales, pero ahora desde el concepto de “salud urbana”. Este pretendió analizar cómo se ha manifestado en cada ciudad los determinantes de la

salud y cómo el estudio de estos debe traducirse en acciones multisectoriales y participativas vinculadas con la promoción de la salud en *contextos urbanos*.

Este recorte ha intentado recuperar y problematizar la dimensión política del territorio como determinante en la cuestión sanitaria, incorporando a sus actores y a las relaciones sociales que allí se despliegan (Chiara y Ariovich, 2013).

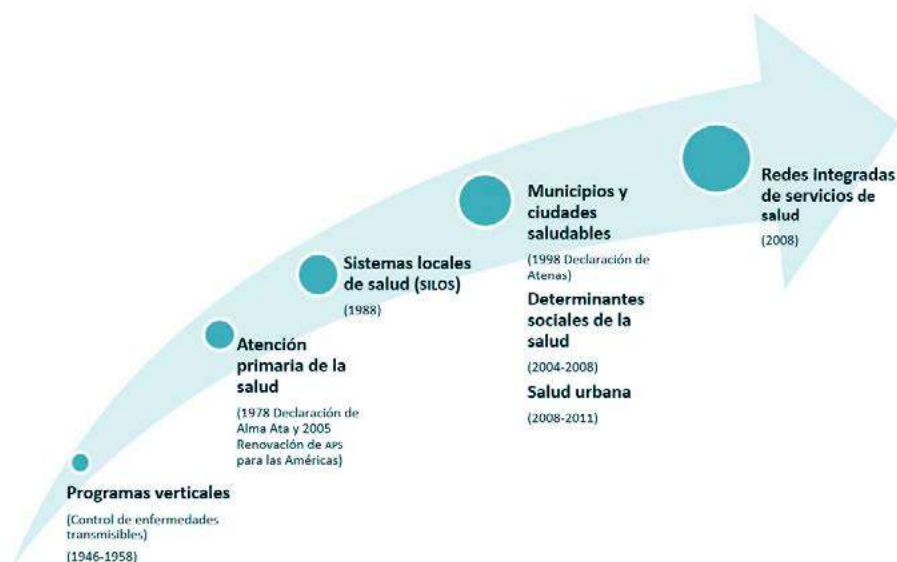
Redes integradas de servicios de salud: han aparecido con la intencionalidad de asegurar una atención más integrada, eficiente y equitativa, frente a los altos niveles de fragmentación de sus sistemas de salud (Shortell *et al.*, 1993). El diagnóstico, básicamente, ha puesto el foco en las consecuencias de las reformas neoliberales, como ser el predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas; la segmentación de los niveles de atención como consecuencia de la descentralización de los servicios; los problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y la existencia de culturas organizacionales contrarias a la integración.

En estas propuestas, subyace la noción del territorio orientada por propósitos casi exclusivamente sanitarios, desde la cual se integran (desde una lógica reticular) distintos ámbitos locales, buscando racionalizar y optimizar los recursos disponibles en cada región (frecuentemente escasos) para maximizar resultados.

Entonces, comenzó a promoverse la importancia y la necesidad de desarrollar redes basadas en la atención primaria, financiadas por presupuesto público que garantizaran una cobertura universal, visualizando la conformación de redes como una estrategia de colaboración entre proveedores para la integración de los servicios (OMS, 2008).

Esta iniciativa ha adoptado una visión más sistémica y menos fragmentada del territorio, en la que distintos flujos de interacción y complementariedad vinculan y articulan un conjunto disperso de servicios y prestaciones de diferente complejidad o especialización en un mismo espacio, y pueden alcanzar una escala regional. En este esquema, se resignifica la jerarquía del hospital en su papel para articular y articularse en el conjunto de la red, en cuya dinámica se cualifica un territorio más amplio que recoge la existencia de distintas escalas (Chiara y Ariovich, 2013).

Figura 10.1. Enfoques de ops-oms (de 1950 a la actualidad)



Fuente: Chiara y Ariovich (2013).

¿Cuáles son las limitaciones de estas propuestas?

En la trayectoria hecha, se puede observar cómo los modos de conceptualizar la noción de territorio en el campo de las ciencias sociales fueron abandonando las visiones sobre el espacio, proponiendo concepciones que han comenzado a dar cuenta de su carácter histórico.

Sin embargo, la invitación a desnaturalizar el carácter meramente espacial y su delimitación del territorio no parece ser suficiente para convertir esta noción en un elemento operativo, es decir, como dimensión para el análisis de la política sanitaria (Chiara y Ariovich, 2013).

Con distinto énfasis y delimitación, las nociones presentadas han buscado poner el foco en los procesos enlazados que se dan entre los actores, la estructura social y el territorio, en cuyo contexto se inscribe la política sanitaria. Pero el recorrido hecho muestra también las insuficiencias de estos planteos y la necesidad de construir un marco menos conceptual y más operativo que, abrevando también en la geografía y en el análisis de políticas públicas, pueda dar cuenta de la especificidad sanitaria de esta articulación entre actores, estructura social y territorio (Chiara y Ariovich, 2013).

En consecuencia, pensar las acciones en salud desde esta perspectiva supone orientar la implementación, el diseño de los instrumentos y las inversiones, considerando al territorio configurado por las redes como unidad de intervención (Chiara y Ariovich, 2013).

Cuadro 10.1. El territorio y los actores en la política sanitaria

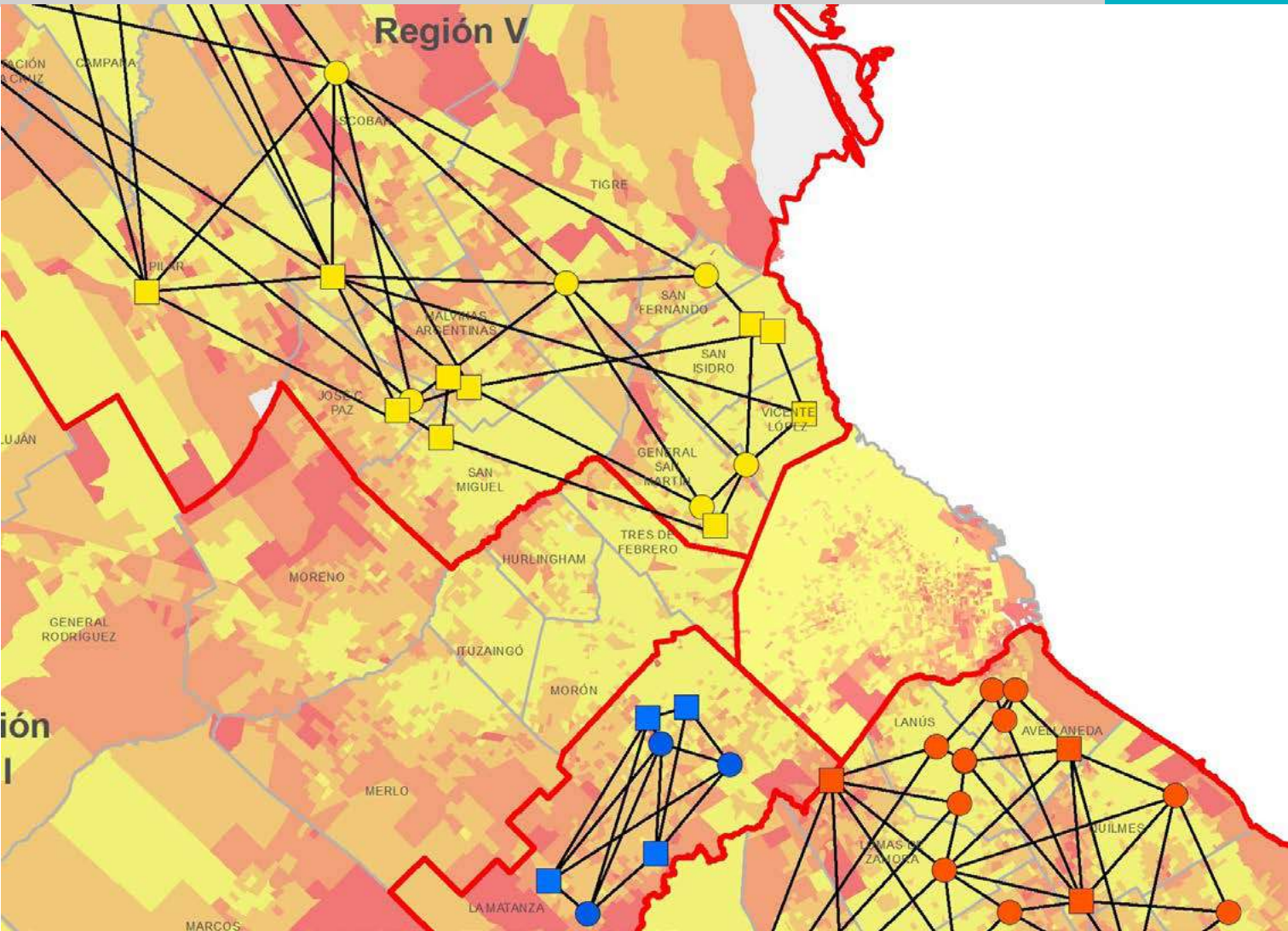
	Territorio	Actores
Programas verticales	Noción militar del territorio. Extensión geográfica de las campañas posibilitada por un esquema top down de operacionalización de la aplicación de tecnología en cualquier contexto.	Donantes. Ministerios nacionales.
Atención primaria de la salud (APS)	Territorio de proximidad vinculado al barrio, a la comunidad. Dimensiones del desempeño abren otras nociones de territorio.	Relevancia del nivel local/municipal. Equipo de salud. Otros actores sociales.
Sistemas locales de salud (SILOS)	Territorio de la descentralización. Espacio político administrativo y de articulación con otros actores.	Municipio como actor jerarquizado de los procesos de descentralización. Desde lo local hacia niveles superiores del Estado y demás actores.
Municipios y comunidades saludables	Territorio local como unidad espacial y poblacional. Jerarquización del consenso y la participación. Territorio construido social y políticamente.	Gobiernos locales. Redes con otros actores sociales.
Determinantes sociales de salud	La preocupación por las desigualdades remite implícitamente al territorio, aunque la referencia es a los individuos y grupos poblacionales. Dimensión del ambiente social y físico. Referencia más explícita al articular con la estrategia de municipios y comunidades saludables	Recomendaciones para el conjunto de los actores.
Redes integradas de servicios de salud	Idea de continuidad en los servicios (preventivos y curativos), en cuanto dimensión del desempeño, rompe con la exclusividad de la noción próxima del territorio de referencia de los modelos. Territorio presente desde una lógica de organización en red, pero no está problematizado; carácter estrictamente técnico administrativo de la gestión.	Ministerio Nacional.

Fuente: elaboración propia a partir de Chiara (2019).

Bibliografía

- Chiara, Magdalena (2019). “¿Es el territorio un 'accidente' para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social”. *Ciudadánias*, n° 4, primer semestre. Disponible en <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/PDF/517>.
- Chiara, Magdalena y Ariovich, Ana (2013). “Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS-OMS en América Latina”. *Cuadernos Metrópole*, vol. 15, n° 29, pp. 99-122.

- Naomar, Almeida Filho y Jairnilson, Silvia Paim (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n° 75, pp. 5-30.
- Organización Mundial de la Salud (1974). 27 Asamblea Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1988). “El Desarrollo y fortalecimientos de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas de nacionales de salud”. Washington, Estados Unidos.
- (2005). “Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas”. Washington, Estados Unidos.
- (2008). “Sistemas Integrados de servicios de salud. Conceptos, Opciones y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas”. Washington, Estados Unidos.
- Shortell, Stephen, Anderson David; Gillies Robin, Mitchell, John y Morgan, Karen. (1993). “Building integrated systems: the holographic organization”. *Healthcare forum journal*, n° 36 (2), pp. 20-6.
- Vilosio, Javier (2015). “Los programas verticales”. *Médicos. Medicina global*, año XVI, n° 86, pp. 46-47.



Elaborado por Patricia Cirilo a partir de datos proporcionados por el Grupo de Trabajo Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ico, UNGS).

Módulo 11

Redes de servicios de salud

La noción de redes de servicios ingresa al campo de la salud a mediados de los noventa para superar la fragmentación de los sistemas de atención (Crojethovic y Ariovich, 2015).

Las redes suponen un modelo organizativo multinstitucional que presenta ciertas particularidades. La estructura organizativa se basa en mecanismos contractuales entre distintas instituciones que se integran como corresponsables en procesos de trabajo destinados a satisfacer necesidades de terceros; y cuenta con nodos en los que circula la información y decisión necesaria, para articular las relaciones contractuales y técnicas.

Las redes pueden ser especializadas o redundantes descentralizadas (Hintze, 2009).

Especializadas: los actores acuerdan complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte de la red (facilitan la cooperación).

Redundantes o especializadas: coexistencia de actores institucionales que producen los mismos productos o servicios de manera simultánea para reducir riesgos.

A pesar de la diversidad de actores, recursos, objetivos e instituciones que pueden estar implicados en las distintas redes de políticas, todas comparten el desafío de establecer modalidades de gerencia que permitan alcanzar los objetivos previstos, conservando la existencia de una estructura reticular.

Por eso, se considera a las redes instrumentos adecuados para administrar políticas en los nuevos escenarios políticos y sociales, en los que el “poder” parece expresarse de manera más pluralista, los “recursos” son más escasos, los “problemas” son complejos, los “actores” comprometidos son múltiples (públicos, privados, locales o regionales) y la “demanda” de participación ciudadana es creciente (Fleury, 2002).

La noción de redes ingresa como estrategia para la gestión de la política sanitaria de manera relativamente reciente en el ámbito de la salud. La propuesta busca superar la fragmentación de los sistemas de atención de salud, mediante el desarrollo de sistemas integrados de servicios de salud que configuran un continuo coordinado de servicios para una población definida (Shortell *et al.*, 1993).

Desde una perspectiva procesual, ciertos especialistas plantean un gradiente fragmentación-integración entre servicios de un sistema sanitario: a medida que un sistema se vaya aproximando a la integración, se hace posible la gestión y entrega de servicios de promoción, de prevención, de diagnóstico, de curación, de rehabilitación y de reinserción social; a lo largo del tiempo, y a través de los diferentes niveles, con la eficiencia, eficacia y efectividad aceptables para determinado momento tecnológico e histórico social (López Puig *et al.*, 2009).

Las redes también pueden ser presentadas como un modelo de coordinación y articulación de esfuerzos de distintas organizaciones para ofrecer un continuo de servicios a una población definida, con el objetivo de mejorar la eficiencia y la

efectividad en la provisión de prestaciones, mejorar el acceso a los servicios de salud y de alcanzar una integración asistencial (Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo, 2006).

En el ámbito local, se ha propuesto la construcción procesual de sistemas integrados de salud para articular los territorios sanitarios y la gestión de la clínica, estructurados con base en determinados fundamentos: economía de escala, calidad, acceso, integración horizontal y vertical, y distintos niveles de atención coordinados por la atención primaria y por una acción cooperativa e interdependiente (Mendes, 2013).

Con el foco puesto en las relaciones sociales y recuperando los aportes de la psicología social, Rovere (1999) desarrolla, en cambio, un concepto fundamentalmente vincular, en el que las redes de salud constituyen formas de articulación multicéntrica que conectan a las personas a través de vínculos solidarios y que permiten organizar relaciones –tanto con el adentro como con el afuera– atendiendo a la heterogeneidad.

También enfatizando las dimensiones sociales en las redes de salud, Dabas y Perrone (1999) las plantean como sistemas abiertos, multicéntricos y heterárquicos, que permiten interacciones e intercambios dinámicos entre los integrantes de un determinado colectivo y los integrantes de otros colectivos, lo que potencia recursos y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.

Desde los organismos internacionales de salud, se ha comenzado a promover la conformación de redes desde mediados de la década pasada. En línea con estas recomendaciones, la OMS ha formulado el concepto de redes integradas de servicios (RIS), a través del cual propone una “gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (OMS, 2008). Una complejidad mayor otorgan la OMS y la OPS a la conformación de sistema integrados de servicios de salud (SIS), ya que estos involucran –además de redes– atributos sistémicos, como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, sin restringirse únicamente a cuestiones vinculadas a la prestación de servicios (OMS, 2008).

Otorgando a la APS un papel central como coordinadora de una respuesta amplia para garantizar la continuidad de los recursos y las prestaciones en una escala mayor –lo que mejora relaciones de costo beneficio–, tanto las RIS como los SIS articulan de manera estratégica servicios con distinta jerarquía y nivel de complejidad en el territorio (Harzheim, 2011). No obstante, ambas propuestas presentan todavía un desarrollo muy normativo y con capacidad limitada para la investigación, lo que deja vacante cuestiones tan significativas como el abordaje de los factores políticos que puedan estar modelando el surgimiento y funcionamiento de las propias redes de salud (Chiara y Ariovich, 2013).

Es necesario tener en cuenta, además, que las organizaciones de salud que componen una red son complejas, debido a la maquinaria burocrática que las atraviesa, que, a la vez, convive con una variedad de profesionales que poseen cierta autonomía para desarrollar sus habilidades y sus conocimientos operativos. Las redes absorben dicha complejidad y presentan una estructura organizacional que involucra un conjunto de actores que poseen conocimientos específicos, lo que da lugar a dinámicas de poder y autoridad, jerarquías y márgenes de autonomía muy diferentes que le brindan cierta singularidad (Crojethovic y Ariovich, 2015).

La innovación más relevante que propone el modelo de atención basado en redes de salud es el desarrollo estratégico de mecanismos de coordinación entre las unidades de prestación para superar los problemas de fragmentación, propios de sistemas organizados, a partir de procesos de atención médica fuertemente segmentados. Esta estrategia ofrece mejorar así tanto la cobertura como la calidad de la atención y alcanzar la integralidad en la atención de la salud (Crojethovic y Ariovich, 2015).

El desafío es conocer el alcance y la especificidad de las redes, y recuperar su complejidad, para eso primero se propone comprender a las redes de salud como un continuo coordinado de servicios de promoción y prevención, de diagnóstico, de tratamiento, de rehabilitación y de cuidados paliativos para una población y territorios definidos, que articulan estratégicamente y de manera cooperativa —a través de relaciones contractuales y técnicas y flujos de información— un conjunto de organizaciones complejas que albergan dinámicas de control particulares, poder y autonomía entre sus actores; estas pueden mostrarse móviles en el tiempo, cambiantes, inestables o inacabadas. En dicha propuesta, se invita a relevar las redes a partir de un instrumento que permite captar la particularidad de organizaciones complejas de salud y analizar su alcance y cobertura, en un escenario local (Crojethovic y Ariovich, 2015).

Bibliografía

- Chiara, Magdalena y Ariovich, Ana (2013). “Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS-OMS en América Latina”. Cuadernos Metrópole, vol. 15, n° 29, pp. 99-122.
- Crojethovic, María y Ariovich, Ana (2015). “Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina”. *Revista de Gestión de las Personas y Tecnología*, vol. 8, n° 24, pp. 37-50.
- Dabas, Elina y Perrone, Néstor (1999). *Redes en Salud*. Documento inédito. Buenos Aires.
- Fleury, Sonia (2002). “El desafío de la gestión de las redes de políticas”. *Revista Instituciones y Desarrollo*, n° 12-13, pp. 221-247.

- Harzheim, Erno (2011). “Atenção primária a saúde e as redes integradas de atenção a saúde”. En Harzheim, Erno *Inovando o papel da atenção primaria nas redes de atenção a saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*, pp. 45-54. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, Ministerio da Saúde, Conselho Nacional de Secretarios Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarios Municipais de Saúde.
- Hintze, Jorge (2009). “Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas”. En Chiara, Magdalena y Di Virgilio, Mercedes, *Gestión de política social. Conceptos y herramientas*, pp. 87-118. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- López Puig, Pedro; Morales Suárez, Ileana; Menchaca, Sara Lara; Martínez Trujillo, Nelcy; Lau López, Santiago y Soler Cárdenas, Silvio (2009). “Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana”. *Revista Cubana de Salud Pública*, nº 35, 4, pp. 33-34.
- Mendes, Eugênio Vilaça (2013). *Las redes de atención de salud*. Brasília: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca*. Washington D. C.: OPS-OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Sistemas Integrados de Servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, Estados Unidos.
- Rovere, Mario (1999). *Redes en salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública-AMR, Instituto Lazarte.
- Shortell, Stephen; Gillies, Robin; Anderson, David; Mitchell, John y Morgan Karen (1993). “Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators”. *Hospital Health Services Administration*, nº 38, pp. 447-466.
- Vázquez Navarrete, María Luisa y Vargas Lorenzo, Ingrid (2006). *Redes integradas de servicios de salud: ¿solución o problema?* Rosario: Universidad Nacional de Rosario.

Analizar el carácter multidimensional del campo de la salud, construir su interacción con el Estado y la población, identificar el espacio de la gestión, problematizar la política sanitaria y analizar al territorio para comprender su singularidad son procesos que requieren un abordaje integral para una mejor comprensión. Este trabajo brinda ciertas nociones para delimitar el campo de análisis en salud, identificar la cuestión sanitaria, analizar las posibles lógicas de intervención estatal, la trama de poder territorial y la importancia de las políticas integrales, de modo que permitan reflexionar acerca de la compleja relación que se entreteje entre la salud de la población, los servicios del sistema y las políticas sanitarias. Pero también, sobre las desigualdades estructurales en salud que requieren una constante intervención de la política sanitaria.