

La Inequidad en la Salud

Hacia un abordaje integral

Compiladores
Françoise Barten, Walter Flores y Ana Hardoy



ISBN: 978-987-22370-4-2

Primera edición en Buenos Aires - Argentina 2008

Todos los derechos reservados de acuerdo a la Convención Internacional de Copyright.
La reproducción total o parcial de este libro, cualquiera sea la forma, viola derechos reservados.
Cualquier utilización o mención debe ser previamente solicitada a los editores.

Impreso en Buenos Aires - Argentina
Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Coordinación General:	Ana Hardoy
Diseño Gráfico:	DG Leo Tambussi
Armado y producción:	IIED-AL / Publicaciones
Corrección de estilo:	Ernesto Gutiérrez
Diseño de tapa:	DG Leo Tambussi
Fotos de tapa:	Mark Edwards
Impresión:	Marcelo Kohan

IIED-América Latina Publicaciones

Av. Gral. Paz 1180 - (C1429ELY) - Buenos Aires, Argentina
Tel. / Fax: (54 11) 4701 2805 - email: iied-al@iied-al.org.ar - www.iied-al.org.ar



Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud

Marina Lareo

Licenciada en Servicio Social. Posgrado en Especialista en Ciencias Sociales con mención en Salud. Maestría en Ciencias Sociales y Salud. Su experiencia profesional se ha desarrollado fundamentalmente en Salud Pública y ha ocupado cargos de gestión en servicios públicos de salud. Fue Directora General Adjunta. Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y Directora Asociada del Hospital Provincial Mariano y Luciano de la Vega, Partido de Moreno, Provincia de Buenos Aires y Jefe de Departamento de Desarrollo Comunitario de la Secretaria de Salud de Vicente López. Actualmente se desempeña en la Región Sanitaria V de la Pcia. de Buenos Aires y ha sido propuesta como Referente Regional del Programa de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.





Introducción

El presente trabajo ha sido escrito con la finalidad de aportar y debatir sobre el rol del sector salud en el abordaje del problema de la inequidad en salud.

Este recorte de la realidad me ha permitido revisar y ordenar preguntas y respuestas que me han ido surgiendo a lo largo de muchos años de trabajo en el sector público de salud del área metropolitana de Buenos Aires.

En la Argentina el sistema público de salud cuenta con una tradición de universalidad y gratuidad que ha sido defendida a lo largo de la conflictiva historia de nuestro país y que se constituye en un elemento central para evitar barreras en el acceso al sistema y garantizar de manera igualitaria la atención a todo aquel que lo necesite. Pero la igualdad no alude necesariamente a la equidad.

La salud pública cuenta con un gran relato y una riquísima literatura sobre lo que hay que hacer, cuándo, dónde, cómo y con quiénes desarrollar acciones sanitarias que posibiliten mejorar la salud de la población, aun de quienes no demandan atención médica.

Por lo menos desde la recuperación democrática en 1983 y con el auge de la estrategia de atención primaria de la salud (APS), se construyó algún grado de consenso acerca de que para mejorar la salud de la población no alcanza con curar la enfermedad. Desde entonces, se elaboraron múltiples propuestas que fueron plasmadas en leyes y programas de salud. Sin embargo, y a pesar de ello, se puede afirmar que pocas veces estas propuestas se llevan a la práctica con la jerarquía y la continuidad que deberían tener. Existe una brecha importante entre el discurso de la salud pública y las prácticas del sistema público de salud. De poder aplicarse la riqueza política conceptual y metodológica de sus postulados y herramientas, el sector podría afrontar gran parte de sus propios problemas y contribuir mucho más eficazmente a combatir las causas y los efectos de la inequidad en salud.

El trabajo se articula en torno de una gran pregunta. ¿Por qué el Estado no logra implementar las políticas que él mismo ha formulado? ¿Cuáles son los problemas que impiden reducir la brecha entre el discurso y las prácticas sanitarias?

Esta dificultad para “pasar del discurso a la acción” se constituye en una nueva oportunidad perdida de intervención, en un área de gran importancia de la política social, la cual resulta vital para los sectores sociales más desprotegidos y vulnerables.

En este trabajo se realizará un breve diagnóstico de la situación actual del sector salud. También se intentará recuperar el debate del rol de los servicios de salud con relación a la cuestión de la equidad/inequidad en salud. Y esto se hará desde varias perspectivas de análisis, distintas pero complementarias: la salud pública; la cuestión del Estado; la formulación e implementación de políticas públicas; la cultura institucional, y el modelo médico y las ciencias sociales.

Finalmente, se intentará recuperar algunas de las potencialidades que tiene el sistema para profundizar el abordaje de la inequidad y la integración con otras áreas del Estado y de la sociedad civil.

Resulta necesario aclarar que el trabajo no se propone hacer generalizaciones, sino describir para problematizar algunos rasgos esenciales del sistema, situando el análisis en el área metropolitana de Buenos Aires y reconociendo que no es necesariamente representativo de otras regiones del país. El propósito final del documento es recuperar desde la mirada de las ciencias sociales algunas reflexiones que sirvan para mejorar la capacidad institucional del Estado en materia de salud y de equidad en salud.

Inequidad en salud

Recuperar el debate sobre la inequidad en salud y los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad/atención resulta de vital importancia en los tiempos que corren, no sólo para analizar lo que nos ha ocurrido a los argentinos en las últimas décadas, sino especialmente para poder reconstruir hacia delante un modelo de sociedad más justo y con acceso a los bienes sociales para todos. Las actuales brechas entre los que más tienen y los que menos poseen no sólo se observan en términos económicos, sino que representan enormes niveles desiguales de acceso a los bienes sociales y determinan desiguales condiciones de ciudadanía.

El concepto de inequidad ha sido utilizado de diferentes maneras. No obstante ello, en la mayoría de los casos podría remitirnos a desigualdad, injusticia social, ciudadanía diferencial, exclusión, marginación, distribución diferencial de los bienes sociales y de la riqueza, etc. Cuando de pobreza se trata, el concepto de inequidad rara vez alude a una inequidad selectiva, que afecte un único aspecto de la vida de las personas y/o grupos sociales: la situación de inequidad suele ser masiva e intergeneracional. En salud, la inequidad genera deterioro, enfermedad, sufrimiento y muertes injustas, prevenibles, evitables.

Ahora bien, abordar la cuestión de la inequidad en salud no es una tarea sencilla. El tema puede plantearse desde múltiples enfoques y cada uno de ellos puede dar cuenta de una o varias dimensiones del problema. A los fines de este trabajo, el tema será abordado desde la perspectiva de la política pública de salud. Es decir, qué rol ejerce o podría ejercer el sector público de salud como área de intervención estatal en el abordaje del problema de la equidad/inequidad.

El sistema público de salud sigue siendo formidable en nuestro país. Desde el impulso que ha tenido a partir de los años cuarenta, se ha constituido en una inmensa red asistencial que ha dado y sigue brindando cobertura universal y gratuita a todo aquel que la necesite. Ha resistido los peores embates de las crisis económicas y las reformas neoliberales. Ha sido permanentemente disputado por múltiples intereses ajenos a su misión. Ha padecido las mismas críticas que el resto de las instituciones públicas, cuando todo era privatizable.

A pesar de los problemas conocidos, el sistema público de salud fue el gran asegurador cuando, durante los noventa, millones de argentinos, de la mano de la

desocupación, iban perdiendo su cobertura de obra social o prepaga y recurrían masivamente al hospital público. La fenomenal crisis de 2001 permitió ratificar una vez más que el rol del Estado en materia de salud no sólo es insustituible, sino que además es, al igual que la educación pública, el mayor instrumento de redistribución que tiene la sociedad, para garantizar el ejercicio de algunos de los derechos humanos fundamentales y promover mayores grados de justicia social.

Desde entonces, han pasado casi siete años. El escenario político y económico ha cambiado favorablemente. En este contexto, es de esperar que tanto el análisis como el abordaje de un problema tan complejo como la desigualdad y la inequidad, sean integralmente definidos y abordados con un alto grado de coherencia y articulación, por lo menos, entre la política económica y la social, que posibilite resultados de mayor impacto en las condiciones de vida y la salud de la población.

Sin embargo, la magnitud de las políticas de ajuste y las crisis que hemos vivido en nuestro país obliga a pensar –también– en cómo han quedado y están las instituciones públicas, que deben profundizar sus acciones para alcanzar resultados sociales de mayor impacto.

Resulta oportuno, entonces, recuperar algún grado de análisis sectorial, sin la omnipotencia de creer que la solución puede provenir de un solo sector, pero revisando críticamente hacia adentro, la propia coherencia interna, los problemas estructurales y culturales, las fortalezas y debilidades de las instituciones y organizaciones que deben trabajar en los temas vinculados al problema planteado. Es decir, revisar al interior de cada sector de la política pública, en cuanto contribuye a profundizar o disminuir la inequidad desde sus acciones u omisiones concretas.

Spinelli (2002) señala: “La mayoría de los estudios empíricos sobre equidad en salud se limitan a evidenciar situaciones de inequidad en macroáreas (países, regiones) sin ahondar en los mecanismos por los cuales se podrían reducir. Ese tipo de estudios no es de utilidad para los trabajadores de salud que operan a niveles de microáreas (áreas programáticas, localidades, barrios), razón por la cual se hacen necesarios estudios a nivel local que describan un escenario susceptible de intervención para ellos”.

Abordar la inequidad, en este contexto significa, primero, solucionar los problemas de financiamiento y desigualdades regionales del sistema, para que todas las personas puedan tener un acceso garantizado en términos de oferta de servicios, calidad y complejidad, según sean sus necesidades. Pero además implica promover y desarrollar acciones de mayor cuidado e intensidad en las poblaciones según sean sus problemas específicos. Implica recuperar una vocación activa y una mirada epidemiológica, territorial, socio-sanitaria e integrada con las otras áreas de la política social y las organizaciones de la sociedad civil. Y esto no significa pedirle al sector que asuma tareas extrañas, ajenas o desconocidas. Significa que el sector público de salud pueda recuperar en sus prácticas y en su modelo de intervención las herramientas político-técnicas de la salud pública, las cuales ya forman parte de todos los planes, leyes y programas. Para todo ello, resulta necesario abordar integral y críticamente

los problemas del sector, volver a dar un gran debate sobre el proyecto sanitario nacional que permita fortalecer y mejorar el rol del Estado en materia de salud.

El sistema de salud en la Argentina

El sistema de salud argentino está organizado en tres subsectores: público, de la seguridad social y privado. El subsector público tiene una organización jurisdiccional básicamente representada en el orden nacional, provincial y municipal. El Estado nacional ejerce la capacidad regulatoria y de control del subsector privado y de la seguridad social, así como la coordinación de las políticas sanitarias y los programas nacionales. Arce (2003) lo sintetiza de la siguiente manera: “La Argentina es federal en materia de salud. El Ministerio de Salud de la Nación sólo cumple una función de orientación técnica y concertación de políticas federales; no administra efectores en forma directa. El centro de gravedad de las decisiones sanitarias recae en 24 autoridades sanitarias provinciales y en un amplio conjunto de entidades privadas y de la seguridad social”.

Como prestador de servicios de salud, el subsector público brinda, a través de su capacidad instalada, prestaciones universales y mayoritariamente gratuitas. Esta prestación está a cargo de las provincias y municipios, ya que el Estado nacional ha transferido a esas jurisdicciones prácticamente todos sus efectores asistenciales.

El subsector de la seguridad social cuenta básicamente con las obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y el Pami¹. Las primeras son poco menos de 300 obras sociales organizadas por ramas de actividad, con criterios de solidaridad intra-grupo, lo que supone importantes variaciones económicas y de cobertura, según sea el poder adquisitivo y salarial de cada sector. Las obras sociales provinciales corresponden a cada una de las provincias argentinas y brindan cobertura a los empleados provinciales. Y por último el Pami, destinado a la atención de jubilados y pensionados, considerado como la obra social más grande del país.

El subsector privado cuenta con diversas formas organizativas: hospitales de comunidad, asociaciones y redes de clínicas, prestadores y fundamentalmente empresas de medicina prepaga. En materia de salud están regulados sólo por la Ley 24.754, que los obliga a cumplir con el mismo paquete de prestaciones que las obras sociales. Se sigue esperando que el Congreso sancione un proyecto de ley que regule el sector². A finales de los años ochenta, se realiza un nuevo intento de crear un Seguro Nacional de Salud. Se sancionaron dos leyes importantes: la Ley 23.660 de Agentes del Seguro, a la cual sólo ingresaron obligatoriamente las obras sociales

1. En mayo de 1971, a través de la ley 19.032, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. La denominación PAMI responde al Programa de Atención Médica Integral que en sus primeros años funcionó para los afiliados domiciliados en la Capital Federal. Con los años, la sigla PAMI se convirtió en el ícono que identificó a la obra social de los jubilados y pensionados.

2. Bajo el expediente N° 4381-D-2006 Proyecto De Ley “Marco Regulatorio para Empresas de Medicina Prepaga”. Autoras: Rosso, Graciela Zulema; Vaca Narvaja, Patricia; Conti, Diana Beatriz; César, Nora Noemi.

nacionales, quedando por fuera de dicha regulación las obras sociales provinciales, el Pami, las prepagas y otras formas de seguro, y la Ley 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna” (Art. 1).

Durante los noventa se implementó la reforma del sistema desde el Ministerio de Economía. Se hizo con una gran cantidad de decretos que reglamentaron sucesivas modificaciones al sistema: el Hospital Público de Autogestión, la desregulación de obras sociales, la libre elección de los afiliados, fusión de obras sociales.

La vieja clasificación de subsectores, pensada para cuando cada uno era financiador y contaba con capacidad instalada propia, ha quedado desdibujada. Actualmente existen esquemas cruzados donde se han separado las funciones de financiación y provisión de servicios y aparecen múltiples formas de convenios entre los tres subsectores que complejizan aún más la situación y el análisis de los resultados.

Hoy tenemos un sistema fragmentado en general, con escasa articulación entre los tres subsectores y, en no pocas regiones, con sobreoferta de recursos y subcobertura en la atención.

El subsector público a su vez tiene enormes desigualdades regionales en torno a financiamiento, capacidad instalada (recursos físicos, tecnológicos y humanos) y por consiguiente una desigual capacidad organizativa, de respuesta y de calidad de la atención. A esto se suma una importante fragmentación institucional traducida en multiplicidad de jurisdicciones que no siempre logran articularse y mucho menos complementarse, financiamientos cruzados y/o afectados a programas específicos, administraciones paralelas en su versión de unidades ejecutoras de proyectos, etc.

Esta diversidad financiera, institucional y jurisdiccional, entre otras cosas, aumenta la cantidad de decisores de políticas y determina una baja capacidad de gestión pública, sin quedar claro si existe un proyecto integral y cuáles son las estrategias para disminuir la fragmentación y aumentar la coherencia del sistema y la eficacia de las políticas.

El sector público de salud. Algunas consideraciones en torno a su problemática

El sector público de salud es una de las áreas más importantes de la política social. También es un observatorio permanente desde donde mirar casi todas las dimensiones de la realidad social: las consecuencias de la pobreza, la reaparición de patologías que se creía desterradas, la indigencia y la situación de calle, la desnutri-

ción, los efectos de las condiciones de vida, el incremento de los hechos de violencia urbana o familiar, la accidentología vial, laboral y doméstica. Desde el hospital o el centro de salud, se conocen casi siempre las condiciones sociales de la población atendida. Detrás de cada historia de vida individual, pueden reconstruirse los padecimientos de grupos sociales, determinados por su clase, situación económica, laboral y educativa, y su hábitat.

Sin embargo, esta lectura social de la enfermedad, pocas veces logra traducirse, dentro de las instituciones de salud, en un saber organizado para incrementar el cuidado de los más desprotegidos o para generar acciones colectivas y locales, sean éstas de intervención propia o de otras áreas de la política pública. Dicho de otro modo, recuperar una mirada más socio-sanitaria, epidemiológica, territorial y preventiva, que permita al sistema intervenir directa o indirectamente en las causas de los problemas y no solamente en la atención de “individuos ya enfermos”.

Si bien existen algunas experiencias en jurisdicciones e instituciones de salud que intentan revertir este modelo, cuando no están ligadas a una decisión política fuerte, explícita y sostenida, suelen ser marginales, voluntaristas, muy ligadas al equipo que las promueve, o a una temática específica y de corta duración o bajo impacto. Pocas veces logran institucionalizarse y muchas menos modificar la cultura institucional o el modelo de atención y organización vigente.

Desde hace ya muchos años, la literatura, la formación en salud pública, las leyes, los programas, las propuestas organizativas y los planes de salud se enmarcan en la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y proponen explícitamente un abordaje integral, territorial, con énfasis en la prevención y promoción de la salud y con jerarquización de la participación social, la articulación intersectorial y el fortalecimiento de las redes locales. Sin embargo, parecería que existe una matriz organizativa y cultural que va “deshojando”, “puliendo”, “descamando” los programas integrales, hasta reducirlos casi exclusivamente al componente de “atención médica”.

A pesar de las excepciones y del “discurso sanitario”, el sector público de salud sigue privilegiando un modelo de atención asistencial, individual, a demanda y eminentemente curativo, y un modelo de organización poco integrado, pasivo y resistente al cambio.

Existe una gran dificultad en programar y organizar la atención en términos de sistema integrado y redes de atención. Estrategias tales como atención escalonada y articulada entre niveles, referencia y contrarreferencia, coordinación intra e intersectorial, abordaje interdisciplinario, etc. son conceptos de escasa implementación. A menudo el sistema funciona como islas y, lejos de organizar la circulación de los pacientes, son los pacientes quienes terminan organizando su atención o peregrinando en pos de ella.

Los hospitales suelen tener excelencia médica y profesional, y biotecnología moderna, pero sus herramientas organizativas y su cultura de gestión son casi las mismas que las de mediados del siglo XX. Esto se traduce en problemas persistentes de organización: colas de madrugada, atención programada hasta el mediodía, alto

porcentaje de atención por guardia, importantes listas de espera, trámites tediosos, mimetización con la pobreza y débil consideración de los aspectos humanos de la enfermedad y la atención (confort, intimidad, derecho a la información y al consentimiento, etc.).

Los centros de salud por su parte suelen contar con pocos profesionales, abarrotados de pacientes, con alta dependencia del hospital por su escasa resolución diagnóstica (laboratorio, RX, ecografía). Cultural y organizativamente funcionan más como policonsultorios que como centros de atención primaria. Más que “puerta de entrada” al sistema, se constituyen en fronteras con importante grado de aislamiento y soledad. “Atención primitiva”, como bien la ha definido Mario Testa (1993).

La articulación entre el centro de salud y el hospital es otro gran problema. Lejos de formar parte de un aspecto organizativo habitual y complementario, subsiste una especie de indiferencia que a menudo es superada por contactos personales o por el camino del paciente.

Con relación al rol de los servicios de salud en el abordaje de los condicionantes sociales del proceso salud/enfermedad podríamos señalar que por su modelo organizativo y cultural tiene grandes dificultades para pensar/actuar en términos epidemiológicos, geográficos, poblacionales, preventivos, promocionales, intersectoriales, participativos. A menudo lo social, lo económico, lo educativo sirven para explicar el fracaso de la terapéutica médica, pero pocas veces esto se traduce en nuevos dispositivos de intervención.

Abordar esta perspectiva por lo menos debería incluir un diagnóstico sanitario con información sociodemográfica y de salud. Un reconocimiento activo de la existencia e importancia de otros actores que trabajan por la salud en sentido amplio. Si las instituciones de salud asumieran un rol activo en este tema, deberían sentarse en forma permanente con las organizaciones de la comunidad y otras áreas del Estado, para aportar, escuchar y co-diseñar acciones conjuntas de mejora en una población definida.

Entonces la cuestión es: ¿por qué el sector no hace lo que dice que hace? ¿Dónde radican los obstáculos para profundizar, por ejemplo, los postulados de la estrategia de APS, los sistemas locales de salud (Silos) o la integración del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA)?

El sector público de salud tiene muchos problemas. A los ya conocidos de financiamiento y fragmentación se agregan otros que son –por lo menos– de tipo cultural y organizativo. Muchos de ellos no se constituyen en problemas porque no se problematizan, no se explicitan ni se incorporan a la agenda de trabajo. El modelo organizativo no se cuestiona. Parecería que todo se resuelve solamente con más presupuesto, más recurso humano y más tecnología, o con nuevos programas que se sumarán a los anteriores como capas geológicas.

Esta matriz histórica y cultural que cuenta con mecanismos de producción y reproducción muy legitimados, se constituye en un rasgo central del sistema. Seguramente para entenderlo haga falta apelar a múltiples análisis y enfoques. Se plantearán

aquí cinco temas de análisis, que si bien ninguno por sí solo logra dar cuenta de la totalidad del problema, pueden ayudar a encontrar algunas propuestas. Ellos son: a) la salud pública, b) la cuestión del Estado, c) la formulación e implementación de políticas públicas, d) la cultura institucional y e) el modelo médico y las ciencias sociales.

A menudo las propuestas para el sector reconocen, en mayor o menor medida, la existencia de concepciones y rasgos institucionales que hay que modificar. Aquí se tratará de dar a estos temas una entidad mayor y de problematizarlos por sí mismos, buscando en las ciencias sociales otras perspectivas de análisis que puedan ayudar a comprenderlos

a) La salud pública

Tácita o explícitamente, en el mejoramiento de la salud pública intervienen casi todas las áreas de las políticas estatales y la mayoría de las acciones promovidas por las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en algún aspecto del desarrollo social (hábitat, medio ambiente, seguridad vial, etc.). También lo hacen los individuos y sus familias, cada vez que tienen oportunidad de mejorar sus condiciones de vida.

La apasionante historia de la salud pública da cuenta de las sucesivas medidas que las distintas sociedades fueron tomando para proteger a las poblaciones muy previamente al desarrollo de la medicina científica. Sin embargo, el concepto de salud pública ha sido apropiado por el sector salud, especialmente a partir del auge que cobró la medicina científica en torno de los grandes descubrimientos producidos desde finales del siglo XIX y posteriormente a partir del surgimiento de la medicina estatal, al que J.C. García ubica a partir de 1930. Desde entonces, esta apropiación de la salud pública ha estado determinada por los rasgos sobresalientes del sector salud y particularmente del modelo médico.

La salud pública ha sido definida de diferentes maneras; como un campo de saber, una disciplina, un sector, un campo de prácticas. Frenk (1992), refiriéndose a la práctica de salud pública, plantea que *“la esencia de la salud pública es la salud del público”*, y agrega: *“no es únicamente un campo de conocimiento, sino también un espacio de práctica profesional”*. Y esta práctica profesional es fundamentalmente la práctica médica.

En el mismo sentido, y esto se considera fundacional, Menéndez (1992) señala: *“La salud pública en cuanto ‘saber’ y en cuanto ‘sector’ se constituirá a partir de la medicina y esto es decisivo. Si bien se constituye a partir del reconocimiento de la enfermedad/atención/prevenición como procesos económico-sociales, lo hace en términos de saber y de organización técnica a partir de las ciencias médicas”*.

La asociación existente entre medicina y salud pública, tanto para el sentido común como para el interior del sector, han fortalecido la creencia de que *saber de medicina, es saber de salud pública*. Tanto es así, que en no pocos casos, ministros, secretarios y funcionarios han ocupado y siguen ocupando esos cargos por ser los médicos de cabecera de los gobernantes, por prestigio en especialidades no necesariamente relacionadas con la salud pública o por ser popularmente conocidos.

La profesionalización de la salud pública o la “formación de sanitarios”, según propone Iriart (1994), se sitúa en nuestro país alrededor de 1955 y se consolida a partir de 1966. Hace ya muchos años que existe una importante oferta de capacitación y una jerarquización del conocimiento en salud pública y sus distintas variantes. Sin embargo, esta especialización no se ha constituido en un requisito previo para la asunción de cargos de conducción en el sector salud. En todo caso, el “campo de saber” es un problema técnico o de técnicos que algunas veces forman los equipos sanitarios.

Cierto es que mucho se ha avanzado, tanto en la ampliación de la mirada conceptual como en la jerarquización del conocimiento de la salud pública. La capacitación en salud pública está llegando a casi todas las instituciones públicas del país y convocando a todas las profesiones que participan del sector.

Sin embargo, subsiste aún un alto grado de divorcio entre el conocimiento y la gestión. A menudo observamos que quienes se forman en salud pública no gestionan y quienes gestionan lo hacen sin formación específica. No es verdad que por el solo hecho de formar parte del sistema se cuenta con análisis y proyecto sanitario, herramientas de gestión y conocimiento necesario para llevar adelante una propuesta de política de salud.

La formación en salud pública, como en gestión de organizaciones, el uso de la epidemiología y la estadística, la planificación, el conocimiento de los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad, entre tantas otras herramientas de formación política y metodológica, deberían por lo menos ser un requisito previo para la asunción de cargos de gestión, junto con un esquema de capacitación y actualización permanente y obligatorio para todos los cuadros de conducción del sistema.

Esto puede constituirse en una herramienta valiosa de mejora y de discusión político-técnica de las prácticas y sus resultados. Significa institucionalizar y jerarquizar el conocimiento y la responsabilidad de las instituciones públicas de salud. Esta no es una propuesta tecnocrática, el conocimiento brinda herramientas de análisis que deben servir para mejorar el debate político del proyecto sanitario.

b) La cuestión del Estado

Si adherimos a la idea de que el abordaje de las cuestiones de salud pública es una tarea indelegable del Estado, necesariamente deberemos plantear algunas reflexiones en torno de él.

En el marco de las propuestas neoliberales de los '90, se implementó la “reforma del Estado”. En este contexto, el concepto de Estado fue planteado intencionalmente como sinónimo de “aparato institucional del Estado”, y sobre él se formularon las críticas de hipertrofiado, paquidérmico e ineficiente, por todos conocidas.

Oszlak plantea con mucha claridad que este proceso de reformas estuvo dirigido a modificar las fronteras entre el Estado y la sociedad: *“El foco de la reforma estatal*

se trasladó hacia la redefinición de las fronteras entre el dominio de lo público y lo privado, al restringir de diversas maneras la extensión y la naturaleza de la intervención del Estado en los asuntos sociales” (Oszlak, 2002).

Desde esta perspectiva, el aparato institucional del Estado fue el blanco de las políticas de achicamiento y corrimiento de esas fronteras. La descentralización, focalización, privatización y desregulación no fueron las únicas estrategias de desmantelamiento del Estado. El Estado residual que quedó —luego de ese proceso—, lejos de ser eficiente para el supuesto cumplimiento de las acciones indelegables, sufrió masivamente políticas de congelamiento de vacantes, prescindibilidad, retiros voluntarios, disminución salarial, achatamiento de organigramas, eliminación y fusión de unidades burocráticas, transferencia de responsabilidades a jurisdicciones sin capacidad financiera o tecnológica, desinversión en infraestructura, capacitación y/o modernización.

La implantación de modelos gerenciales y tecnocráticos, promovidos por los organismos internacionales, lejos de fortalecer las burocracias estables ha promovido nuevas rupturas y retrocesos. Las consultorías externas y las unidades ejecutoras de proyectos, bien llamadas por Martínez Nogueira *administraciones paralelas*, con oficinas alfombradas, salarios diferenciales, computadoras y secretarías ejecutivas, profundizaron el mensaje del Estado inoperante.

Hoy, gestionar en el Estado significa saltar una innumerable cadena de obstáculos para desarrollar o incorporar tareas nuevas o reformas en la organización. La gestión del cotidiano es pesada, y desgastante. El Estado, de por sí, en tanto aparato institucional y burocrático, tiene mecanismos lentos de resolución de los problemas. Además de ello y a pesar del mejoramiento económico, sobrevive una sensación de queja y crisis eterna.

El deterioro cultural y organizativo de las instituciones públicas es significativamente peor que los efectos económicos producto de las reformas. Ante la dimensión de los problemas cotidianos, las instituciones miran más hacia dentro que hacia fuera. La gestión está cargada de malestar. Planteles incompletos, bajos salarios, alejamiento del recurso humano más formado, maraña burocrática, forman parte de la eterna queja que se utiliza para plantear la imposibilidad del cambio. La ausencia de proyectos integradores y los problemas presupuestarios han profundizado una crisis institucional de larga data.

Lo ocurrido al interior del Estado ha generado especialmente una baja capacidad de gestión institucional, traducida fundamentalmente en la dificultad para sostener un proyecto político directriz y orientado a la satisfacción de las necesidades de las mayorías. Esta debilidad ha generado por lo menos dos problemas importantes. Por un lado, introducir en algunos casos “soluciones peligrosas” a problemas reales y acuciantes en tiempos de crisis (arancelamiento, cierre de fronteras jurisdiccionales, reducción de camas, flexibilización laboral). Y por otro lado, liberar aún más al sector en pos de pujas distributivas, corporativas y sectoriales que luchan para obtener ventajas comparativas (tercerizaciones de servicios asistenciales, tecnología privada en el espacio estatal).

Y esto no sólo ha ocurrido con relación al Estado como prestador de servicios de salud, sino también o especialmente en su rol de conducción y regulación del sistema (subsector privado y de la seguridad social).

La recuperación del Estado se vincula fundamentalmente con la posibilidad de reducir su permeabilidad frente a las estrategias sectoriales de “captura burocrática” (Alonso, 2000) y fortalecer la autonomía para disciplinar a los actores y redefinir reglas de juego. El concepto de “autonomía enraizada” de Evans (1996) es una buena definición para recuperar la idea de que la fortaleza y la autonomía se ubica más en el plano de su coherencia interna y fortaleza ideológica que en el aislamiento como mecanismo para preservarse de las presiones sectoriales.

El Estado es y debe ser el garante de la salud de la población. La reconstrucción y el fortalecimiento del Estado es una tarea pendiente: una de las que hoy deben instalarse en la agenda de gobierno. Oszlak (1999) plantea las reformas de “segunda generación” y las define como reformas que se orientan a producir transformaciones “hacia dentro” del Estado mismo y se centran en el plano cultural y tecnológico con el fin de lograr un “mejor Estado”. Este es un tema central que merece ser tratado con urgencia.

c) La formulación e implementación de políticas públicas. Algunas reflexiones en torno a la fragmentación

La formulación e implementación de políticas públicas es la actividad esencial del Estado. Siguiendo a Oszlak y O'Donnell (1976), se define una política estatal como un *“conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil”*.

El sector público de salud considerado como un sector político-técnico del Estado, se encuentra atravesado por múltiples determinaciones de la misma cultura burocrática y estatal que lo alberga. Al respecto Oszlak (1976) señala: *“El Estado es lo que hace. Su naturaleza puede inferirse a partir de sus acciones. Estas se ejecutan necesariamente a través de un aparato institucional, cuya configuración y patrón de asignación de recursos le confieren una determinada identidad”*.

Ambos procesos, formulación e implementación, tienen escenarios y lógicas propias y particulares. Objetivamente, resuelto el problema de la formulación, de acuerdo con la capacidad de presión y representación de los actores intervinientes, parecería que la implementación “sólo” fuera la “puesta en práctica de una decisión ya tomada”. El mismo autor agrega: *“La formulación de una política implica definir el sentido que deberá tener la acción. Contiene elementos normativos y prescriptivos de lo que resulta la visión sobre un futuro deseable. Pero la concreción de una política implica por lo general la intervención de una cadena de actores, la sucesión y articulación de comportamientos individuales, congruentes o no con los contenidos normativos de la política”*.

Los servicios públicos de salud y sus entes inmediatos de gobierno son por excelencia este escenario de implementación. Eslabones fundamentales de la cadena de organizativa del Estado son la oferta real del sistema, el punto de contacto con la comunidad hacia la cual se dirigen las políticas. En definitiva, se convierten en “el momento de la verdad”, en la cristalización de la política puesta en acción y en la cara visible del sistema.

La distancia que encontramos entre el discurso o la letra escrita de las políticas y programas formulados con la real implementación, merece ser analizada en profundidad para no repetir los clásicos esquemas de culpabilización cruzada entre centro de salud - hospital; nivel central - nivel local; Provincia - Municipio - Nación; político - técnico; Legislativo - Ejecutivo; escritorio - trinchera. Podría afirmarse que existe una naturalización y una aceptación reconocida de que una cosa es lo que se dice y otra lo que se hace.

En un sistema que hemos caracterizado como fragmentado institucionalmente, con diversidad de jurisdicciones y autoridades sanitarias, financiamientos cruzados y amplias desigualdades regionales, resulta muy difícil pero necesario disminuir la brecha en el binomio formulación/implementación de políticas. Por otra parte, los “escenarios de implementación”, es decir las instituciones que deben llevar adelante los planes formulados, no son meros receptores pasivos de políticas formuladas. Habitualmente tienen sus propios proyectos de organización y crecimiento que pueden ser o no concordantes con el resto de las políticas. En realidad, este complejo entramado de proyectos, autoridad y jurisdicción, describe una importante fragmentación del poder y del proyecto político sanitario nacional que posibilita por lo menos una baja capacidad de integración y grandes variaciones regionales difíciles de abordar.

La fragmentación —además— ayuda a perder de vista tanto los problemas generales como las repuestas generales del sistema, que se van agravando porque no forman parte de la agenda. La fragmentación genera más fragmentación, se ha convertido en un recurso, una estrategia de acción y un círculo vicioso. Es un diseño de distribución del poder y de los recursos, que lejos de incrementar la cohesión y la coherencia política e institucional fomenta la autoorganización segmentada y la autonomía.

Recuperar la idea de un proyecto sanitario transformador, coherente y cohesionado significa por lo menos problematizar esta cuestión. En este plano de análisis es la capacidad del Estado lo que debe revisarse. Hoy se habla de capacidad estatal; Repetto la define como *“la aptitud de las instancias de gobierno para plasmar, a través de políticas públicas, los máximos niveles posibles de valor social, dadas ciertas restricciones contextuales y según ciertas definiciones colectivas acerca de cuáles son los problemas públicos fundamentales y cuál es el valor social específico que en cada caso debiese proveer la respuesta estatal a dichos problemas”*.

La capacidad estatal se define aquí como una combinación de capacidad política, administrativa y técnica que mancomunadamente actúan para producir un

mejor estado y una mayor calidad institucional. Y esto significa, una gran tarea de mejorar la gestión del Estado, aumentar eficacia social de las políticas, redefinir reglas de juego institucionales, incorporar nuevos actores que hoy no tienen voz ni representación en la mesa de discusión, aumentar los mecanismos de rendición de cuentas y resultados de las acciones, reducir la discrecionalidad de la información pública, desarrollar nuevos mecanismos de control y seguimiento de las políticas.

Si la formulación/implementación de políticas tuviera un mayor grado de coherencia, muchísimas políticas formuladas serían algo más que meras enunciaciones o declaraciones de principios y derechos. Con gran acierto, De Souza Campos (1998) afirma: *“De la omnipotencia del discurso a una casi impotencia de las prácticas”*.

La pregunta es, entonces, si no habrá que sincerar el debate, dejar de lado el “como si” y explicitar o discutir los grados de coherencia y eficacia que puede tener la política pública de salud, con este diseño de distribución del poder y esta lógica de funcionamiento.

d) La cultura institucional

Vamos a plantear lo cultural como un modo de ver y de hacer las cosas dentro de la estructura y las instituciones de salud, legitimada por las costumbres, consensuada o tolerada tácita o explícitamente por sus miembros y reforzada por un alto nivel de autonomía institucional.

Existe una ideología y un proyecto institucional subyacente, con costumbres, creencias, valores y reglas de juego ampliamente consensuados, que contribuye a que “las cosas sean de ese modo y no de otro”. El problema es, entonces, cuáles son las reglas de juego, la estructura de poder, el diseño de la organización; en definitiva, quién, sobre qué valores e intereses, cómo y en función de qué proyecto se definen la organización y la propuesta institucionales. El sector cuenta con un “código de ética” y un “manual de procedimientos” no escrito que puede ser analizado desde las perspectivas de campo y *habitus* de Bourdieu. *“La estructura de campo es un estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones implicadas en la lucha, o, si se prefiere así, de la distribución del capital específico que, acumulado en el curso de las luchas anteriores, orienta las estrategias ulteriores”* (Bourdieu, 2000).

Belmartino (1994) propone analizar lo sectorial con un encuadre de delimitación de actores. Y señala: *“Tal abordaje lleva a pensar las relaciones de poder que se establecen en el interior del campo como fruto de la interacción de agentes dotados de intereses y capacidades específicas y en condiciones de defender modelos de organización sectorial que suponen una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en él”*. Y es en este plano que deben situarse por lo menos algunos de los análisis para comprender la historia y fuerte tradición de las instituciones de salud y su adherencia a un modelo organizativo y cultural muy arraigado y resistente al cambio.

Existen concepciones y preferencias acerca de lo que tiene valor y lo que no lo tiene, lo principal y lo accesorio, las relaciones de hegemonía/subalternidad entre las

distintas profesiones y otros actores que interactúan en el sector, e ideas fuertes sobre el prestigio. Todas ellas son estructurantes de la construcción de poder y los modelos organizativos. Es en este encuadre donde hay que poder situar, por ejemplo, el valor de la prevención, la interdisciplina, lo social, la participación.

En realidad, la mayoría de las propuestas de organización y gestión de servicios de salud, como de abordaje de los problemas de salud pública, intentan romper —sin decirlo— con el modelo institucional y cultural del sector. El problema es que falta una verdadera estrategia (o conjunto de estrategias) que posibilite, por un lado, darles valor real a las cosas que no lo tienen y por otro desarticular con algunos mecanismos de incentivos, regulación y control los rasgos más arraigados de la cultura institucional.

Los enunciados de uno o más programas nuevos no alcanzan para contrapesar los esquemas de reproducción que las instituciones tienen de sus propios modelos. La formación médica universitaria, algunos esquemas de residencia, los mecanismos de concursos y otras múltiples reglamentaciones existentes, los mecanismos habituales de acceso a los niveles de conducción, ratifican la continuidad del modelo que supuestamente hay que modificar.

Modificar estos modos de hacer implicaría, por lo menos, reconocer que hay proyectos y modelos en disputa, promover un fuerte debate al interior del sector, refundar un proyecto sanitario y barajar y dar de nuevo respecto de algunas reglas de juego existentes.

e) El modelo biomédico y las ciencias sociales

De la medicina como ciencia social se habla por lo menos desde 1848, a partir de que Virchow la definiera de esa manera.

En nuestro país —y este esto merece ser destacado—, Ramón Carrillo, quien con extrema justicia ha sido definido como el fundador del sanitarismo nacional, además de la fenomenal tarea que desarrolló al frente del Ministerio de Salud, ya señalaba en forma permanente la raíz social de la enfermedad.

Sin embargo, las ciencias sociales no han tenido hasta aquí mucha incidencia en las decisiones y en el modelo de intervención del sector salud. Muchos autores, refiriéndose a la historia de la antropología médica y la sociología de la salud, las describieron como complacientes y no cuestionadoras del modelo médico hasta por lo menos el principio de los años '60.

Surge en ese momento y en el contexto de los procesos revolucionarios que se desarrollaron en América Latina una tendencia fuertemente cuestionadora de dicho modelo desde las ciencias sociales, por un lado, y desde dentro mismo de la medicina en una corriente que se dio en llamar medicina social, que no sólo puso en duda la eficacia de la biomedicina, sino también de la ideología que la sustentaba.

Desde entonces, las ciencias sociales no sólo han ido abandonando su posición complaciente sino que empezaron a construir su propia posición e interpreta-

ción del proceso salud/enfermedad/atención. La definición y caracterización que Eduardo Menéndez desarrolla en el modelo médico hegemónico (MMH) encierra en sí mismas las principales críticas que las ciencias sociales formulan al modelo biomédico.

Esta formulación debe enmarcarse en un rico movimiento intelectual que tuvo y tiene en América Latina muy importantes exponentes. Medicina social, salud colectiva, epidemiología crítica... son algunas expresiones de otras miradas, que no sólo han cuestionado el modelo biomédico en términos de intervención. Fundamentalmente subrayan o señalan la necesidad de ubicar los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad en los modos de producción capitalista, en la relación Estado-sociedad, en la distribución de la riqueza y del poder, en la necesidad de democratización de las relaciones sociales y las instituciones, el ejercicio del derecho a la salud, la construcción de ciudadanía y el reconocimiento de sujetos protagonistas de su historia que no deliberan sólo a través de sus representantes, sino que reclaman espacios de participación en las decisiones que afectan su calidad de vida.

Paralelamente a ello, el discurso sanitario, la formación en salud pública, los programas y planes de salud han tomado conceptos y herramientas que provienen de las ciencias sociales. También lo hicieron los organismos internacionales en el peor auge de las políticas de ajuste. Participación social, educación popular, poder, socialización de la información, investigación-acción participativa, democratización, derecho a la salud, humanización, empoderamiento... son sólo algunos de los muchos conceptos que pueden encontrarse en la literatura ya clásica. Sin embargo, el campo de prácticas sigue sosteniendo sus rasgos esenciales.

La dificultad del sector para comprender la salud/enfermedad como cuestión social es casi un problema estructural. Implica, por lo menos, reconocer que desde hace cien años las instituciones de salud son instituciones médicas con los rasgos de la formación médica.

La incorporación de la mirada de las ciencias sociales al debate de la salud y a la intervención en salud, debe ser un hecho concreto. Esto no significa más médicos ocupándose de lo social o lo económico: implica oxigenar las instituciones con otras disciplinas. Tampoco significa solamente cientistas sociales escribiendo o describiendo como “observadores externos” el campo de la salud. Los aportes de las ciencias sociales tienen que realizarse en el campo de las prácticas.

Finalmente, resulta necesario aclarar que no se trata de enfrentar a las ciencias naturales y sociales en una nueva fragmentación del hombre como sujeto sanitario, sino de afrontar juntos el desafío de repensar el problema y buscar nuevas soluciones a problemas pendientes. Testa (1992) con mucha claridad afirma: *“La cuestión no es ‘incorporar’ las ciencias sociales —una de ellas o todas— al pensamiento sobre salud, sino pensar en la salud como cuestión social”*.

Potencialidades del sector público de salud

El sector público de salud cuenta con innumerables potencialidades para asumir una actitud mucho más activa en el abordaje de la inequidad en salud, si es que logra revisar sus propios supuestos y redefinir su intervención. Y esto no significa asumir una posición voluntarista o paliativa que compense la injusticia distributiva. Significa aumentar la capacidad institucional del Estado para lograr mejores resultados en las políticas formuladas. A pesar de todas las secuelas de las crisis, mantiene una enorme capacidad instalada, recursos humanos calificados, una amplia producción de información susceptible de ser procesada y aplicada con un enfoque preventivo, epidemiológico y socio-sanitario y un riquísimo marco teórico-metodológico esperando ser utilizado.

A modo de repaso, el sector público de salud cuenta por lo menos con:

- Legitimación legal: para modificar su modelo de intervención y participar en un espacio concertado con otras áreas del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Todos los programas, leyes y marcos normativos respaldan, promueven y fomentan dichas acciones.
- Marco teórico y metodológico: en salud pública ya está casi todo dicho y escrito. Hay herramientas de salud pública, epidemiología, estadística, organización y gestión de servicios, planificación estratégica, normas estándares y protocolos de calidad en salud, normas de organización y funcionamiento de establecimientos y servicios, sistemas de información aplicados a la gestión de organizaciones y el análisis de información epidemiológica, etc.
- Territorialidad: la mayoría de los establecimientos de salud tienen definida su área programática y su área de influencia. Es decir, definición geográfica con población a cargo.
- Roles definidos y mecanismos formales de articulación y organización: el sistema se organiza por niveles de atención y de complejidad creciente.
- Amplia capacidad instalada y red formal de servicios sectoriales: hay establecimientos asistenciales, de recursos físicos, infraestructura, comunicaciones, móviles, etc. La red de atención debe trabajarse con mayores grados de coordinación y coherencia. Reconocerse en términos de sistema.
- Recursos humanos: formados y altamente calificados. Calidad científica. Heterogeneidad de formación y ocupación.
- Vocación de servicio y capital solidario: que a menudo se evidencia frente a las catástrofes, pero que también forma parte de lo público. Poner el hombro, ponerse la camiseta, defender el Estado, la salud pública, conmoverse y solidarizarse individualmente con los más necesitados, son sólo algunas expresiones refrescantes de solidaridad de los trabajadores que no siempre logran articularse o transformarse en un proyecto institucional mayor.

- Datos e información: tiene datos susceptibles de procesarse para obtener información utilizable para la toma de decisiones. Hay datos de todo esperando ahí, para ser utilizados. Registros y libros de atención, formularios de hospitalización (diagnóstico de egresos, composición familiar laboral, educativa y sus causas externas) son algunas de las fuentes de información que ayudarían en el nivel local a construir un mapa epidemiológico.
- Articulación habitual con áreas extrasectoriales: bomberos, defensa civil, policía, medios locales de comunicación, escuelas, acción social, etc. Esta articulación está subutilizada o referida en general a situaciones puntuales o casos compartidos. Debe ser potenciada. Todos tienen un saber susceptible de ser puesto en común para el abordaje conjunto de los problemas.
- Contacto con grupos autogestivos y organizados en torno a problemas o temas específicos: Alcohólicos Anónimos, ex combatientes de Malvinas, discapacitados, diabéticos, asmáticos, hipertensos, celíacos, víctimas de accidentes de tránsito, etc. Muchas veces estos grupos se reúnen o funcionan dentro de las instituciones de salud y no hay trabajo compartido con ellos.
- Organizaciones comunitarias formales e informales: centros de jubilados, clubes, comedores populares, comisiones vecinales, jardines maternos, grupos religiosos, parroquias. Todos trabajan por algún aspecto de la salud, todos tienen conocimiento, problemas y propuestas para contribuir a la salud local.
- Otros recursos alternativos: convenios con universidades, apoyo de entidades de bien público (rotarios, leones, fundaciones, ONG, voluntariado).
- Prestigio y capacidad de convocatoria: el sector público de salud siempre encuentra personas, grupos y organizaciones que quieren participar y aportar inquietudes y soluciones.

La aceptación de la riqueza y el potencial de lo enumerado ayudaría enormemente a insertar al sector público de salud en la matriz de la política social, a potenciar las acciones para disminuir la inequidad en salud, y a empezar a poner el énfasis en las causas de los problemas.

Reflexiones finales

Del 2001 a la fecha, han pasado sólo 6 años. Pese a todos los anuncios de catástrofe, la Argentina ha empezado a salir de la crisis y a mejorar sensiblemente algunos indicadores de crecimiento económico, empleo, pobreza, etc. En este contexto de recuperación, y a pesar de todo lo que queda por hacer, especialmente en lo referido a la distribución de la riqueza nacional, es posible pensar que es un momento propicio para debatir sobre la salud pública y el rol del Estado.

El sistema de salud que ha quedado configurado desde las reformas es un sistema fragmentado, desigual e injusto. El sector público de salud es más pobre allí

donde la gente más lo necesita. Las desigualdades regionales, tanto en oferta de servicios como en indicadores de resultados, son inocultables. El federalismo en salud y la débil presencia del Estado nacional han contribuido a desdibujar aún más el rol de conducción y a aumentar los grados de autonomía. El Estado todavía está francamente debilitado en su capacidad regulatoria y de gestión pública.

Trabajar para construir equidad es una forma de afrontar la deuda interna y social que nuestro país tiene y una obligación impostergable del Estado y sus instituciones. El sector público de salud tiene un rol fundamental en el abordaje de esta cuestión, tanto en su respuesta propia, como en términos de aportes y trabajo mancomunado junto a otras áreas de la política pública y las organizaciones de la sociedad civil.

Trabajar por la salud es mucho más que atender la enfermedad. Abordar lo colectivo y lo social requiere un marco político, teórico y metodológico específico que todavía se encuentra subestimado. La salud pública no es un problema exclusivo del sector público de salud. Pero el sector público de salud debe revisar sus prácticas y sus modelos de intervención para contribuir con mayor eficacia al mejoramiento de la salud pública.

Las ciencias sociales tienen mucho que aportar a la construcción de la salud colectiva y a la reconstrucción del Estado y las políticas públicas. El sector salud debe aceptar la presencia de otras miradas que ayuden a enriquecer un debate aún pendiente.

Los problemas presupuestarios del sector público de salud dejan siempre en segundo plano la revisión de un modelo cultural y organizativo que tiene que mejorar.

En salud pública ya está casi todo dicho, escrito y hasta legislado; ahora hace falta que el Estado y las instituciones de salud recuperen la iniciativa, se fortalezcan a su interior y sean capaces de modificar su modelo de intervención. Y para esto es necesario abordar en profundidad las lógicas de la cultura política y la cultura administrativa. Implica fundamentalmente comprender los mecanismos que obstaculizan el cambio y a partir de allí promover un nuevo consenso, un nuevo pacto político y social que jerarquice la salud colectiva, recupere la transparencia de lo público y permita “barajar y dar de nuevo” con relación a las reglas de juego existentes.

Y esto no se logra con discursos progresistas y prácticas conservadoras. Resulta necesaria una decisión política fuerte que permita construir y explicitar un proyecto sanitario capaz de reorientar el rumbo y redefinir el sentido de las políticas y el rol de las instituciones.

Hoy aparece una nueva ventana de oportunidad. La responsabilidad de la hora implica poner todos los esfuerzos en la construcción de una Argentina para todos. Para ello es fundamental recuperar un liderazgo político y social que vuelva a instalar la militancia por los valores de solidaridad, equidad, inclusión y justicia social y promueva cambios profundos en los modos de gestionar el Estado.

Referencias

- Alonso, Guillermo (1997). "Vida, pasión y ¿muerte? del Seguro Social de Salud Argentino". En: Vigésimo Congreso de la Latin American Studies Association. Guadalajara.
- Alonso, Guillermo (2000). "Análisis de las Capacidades Institucionales de la Superintendencia de Servicios de Salud". Instituto Nacional de la Administración Pública (Inap). Buenos Aires.
- Arce, Hugo (2003). "Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el Sistema de Salud argentino". Serie Seminarios Salud y Política Pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires.
- Belmartino, Susana (2004). "Hacia un enfoque histórico de la constitución de actores sociales y políticos: La profesión médica en Argentina a lo largo del siglo XX". Trabajo presentado en el Seminario "Problemas de la Argentina Contemporánea", organizado por Pehesa, Instituto Ravignani, UBA y CEHP, Escuela de Política y Gobierno, Unsam. Buenos Aires.
- Belmartino, Susana y Bloch, Carlos (1994). "El Sector Salud en la Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985". Publicación N° 40. OPS. Washington D.C.
- Bourdieu, Pierre (2000). "Algunas propiedades de los campos". En: *Cuestiones de Sociología*. Editorial Istmo. Madrid
- Carrillo, Ramón (1987). "Introducción al conocimiento de la Salud Pública". En *Temas de Medicina Social*. MOSIS. Cuaderno N° 1. Córdoba.
- De Souza Campos, Gastão Wagner (1998). "Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias". En: *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 74. Rosario.
- Evans, Peter (1996). "El Estado como problema y como solución". En: *Desarrollo Económico, Revista de Ciencias Sociales* N° 140. Ides. Buenos Aires.
- Ferrara, F.; Zaffaroni, E.; Berman, S.; Stolkiner, A. (1989). "Influencia del positivismo en la salud". Conferencia presentada en III Jornadas de APS. Conamer. ARHNRG. Buenos Aires.
- Filho, Naomar Almeida y Silva Paim, Jairnilson (1999). "La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica". En *Cuadernos Médico Sociales*, N° 75. Rosario.
- Frenk, Julio (1992). "La Nueva Salud Pública". En: *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para un Debate*. OPS. Publicación científica N° 540. Washington D.C.
- García Delgado, Daniel (1994). *Estado & Sociedad. La Nueva relación a partir del cambio estructural*. Editorial Tesis, Grupo Editorial Norma. Buenos Aires.
- García, Juan César (1993). "Pensamiento Social en Salud en América Latina". Interamericana McGraw-Hill. OPS.
- Grimberg, Mabel (1995). "Teorías, propuestas y prácticas sociales". En: *Cultura, Salud y Enfermedad*. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires.
- Iriart, Celia; Nervi, Laura; Olivier, Beatriz; Testa, Mario (1994). "Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, Ideología y profesionalización en la Salud Pública". Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires.

- Isuani, Ernesto A. y Mercer, Hugo (1988). "La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?". Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina, N° 241. Buenos Aires.
- Lareo, Marina y colaboradores (2002). "Hospital Público: el subsidio encubierto a las compañías de seguros en la atención de víctimas de accidentes de tránsito". Ponencia en el Primer Congreso de Políticas Sociales de la AAPS. Quilmes.
- Lareo, Marina; Suffia, Laura y Molina, Pablo (2002). "La informática en el hospital público: una herramienta estratégica de gestión". Simposio de Informática y Salud. Santa Fe.
- Llovet, Juan José; Ramos, Silvina (s.d.). "Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas". En: Ciências Sociais e Medicina.
- Maceira, Daniel (2007). "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino". En: Documentos Cedes. Buenos Aires.
- Martínez Nogueira, Roberto (2002). "Las administraciones públicas paralelas y la construcción de capacidades institucionales: la gestión por proyectos y las unidades ejecutoras". En: revista del Clad, *Reforma y Democracia*, N° 24. Caracas.
- Menéndez, Eduardo (s.d.). "Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud". OPS. Serie Planificación N° 4. Washington D.C.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana. México.
- Menéndez, Eduardo (1992). "Salud Pública: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideología de lo Posible". En: *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para un Debate*. OPS. Publicación científica N° 540. Washington D.C.
- Mishler, Elliot G. (1981). "Viewpoint: Critical perspectives on the biomedical model". En: *Social contexts of Health, Illness and Patient Care*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Oszlak, Oscar (2002). "Estado y sociedad: nuevas fronteras y reglas de juego". En: *Plan Fénix*. Eudeba. Buenos Aires.
- Paganini, José y Capote Mir, Roberto (s.d.). *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos. Métodos. Experiencias*. OPS. Publicación Científica N° 519. Washington D.C.
- Repetto, Fabián (2003). "Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina". En: VIII Congreso Internacional del Clad sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá.
- Repetto, Fabián (2000). "¿Es posible reformar el Estado sin reformar la sociedad? Capacidad de gestión pública y política social en perspectiva latinoamericana". En: *Reforma y Democracia* N° 16.
- Repetto, Fabián (2003). "Capacidad institucional: un camino para enfrentar los desafíos de la política social" En: Boletín Tecnología para la Organización Pública, N° 5, Buenos Aires.
- Rosen, George (1985). "¿Qué es la medicina social? Un análisis del concepto". En: *De la Policía Médica a la Medicina Social*. Editorial Siglo XXI. México.
- Spinelli, Hugo (2002). *Equidad en salud. Teoría y praxis*. Cedes. Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia y colaboradores (2003). "Descentralización y equidad en salud: estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense". Informe Científico Técnico. Equipo de investigación de la UBA. Buenos Aires.

- Sulbrandt, José, Lira, Ricardo e Ibarra Américo (Oct. 2001). “Redes Interorganizacionales en la Administración Pública”. En *Reforma y Democracia* N° 21. CLAD. Caracas.
- Tafani, Roberto (1996). *Globalización, Sobreoferta y Debilidad Regulatoria: El sector Salud en Tiempos de Reforma*. Universidad Nacional de Río Cuarto. Río Cuarto.
- Testa, Mario (1992). “Salud Pública, acerca de su significado”. En: *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para un Debate*. OPS. Publicación científica N° 540. Washington D.C.
- Testa, Mario (1993). *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Leyes y documentos consultados

- Agenda de Salud 2006/2007. Versión Preliminar. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. www.ipap.sg.gba.gov
- Bases del Plan Federal de Salud (2004-2007). Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004. www.msal.gov.ar
- Marco de Planificación Ambiental para la evaluación del proyecto Fesp-Argentina-Programa y Funciones esenciales para la Salud Pública (PO 90993). Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar
- Ley 11072. Descentralización Hospitalaria, Provincia de Buenos Aires.
- Ley 153. Ley Básica de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley 23661. Del Seguro Nacional de Salud.
- Proyecto de Ley: “Marco Regulatorio para Empresas de Medicina Prepaga”. Expediente N° 4381-D-2006. Autores: Rosso, Graciela Zulema; Vaca Narvaja, Patricia; Conti, Diana Beatriz; Cesar, Nora Noemí.