

Diseño: Gerardo Miño
Composición: Eduardo Rosende
Cuidado de la edición: Laura Bono

Edición: Primera. Agosto de 2019

ISBN: 978-950-9467-92-7

Lugar de edición: Buenos Aires, Argentina

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

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

MIÑO y DÁVILA
EDITORES

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

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

Arnaldo Medina y Patricio Narodowski

ENFOQUES Y HERRAMIENTAS PARA EL GOBIERNO DE LA SALUD

Comparación internacional
en el nuevo contexto de las redes



ÍNDICE

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

PRIMERA PARTE

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

Capítulo 1

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

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

Capítulo 2

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

Capítulo 3

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

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

SEGUNDA PARTE

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

Capítulo 4

La investigación en salud..... 129

Capítulo 5

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

5.1. Las diversas herramientas participativas 145

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

5.3. La relación en sí..... 151

5.4. Algunas conclusiones sobre estrategias e impactos 153

Capítulo 6

Relaciones profesionales no jerárquicas 157

6.1. Las nuevas figuras en la profesión de enfermería 157

6.2. El equipo multidisciplinario en sí 165

Capítulo 7

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

Capítulo 8

La irrupción de las TICs en la salud 183

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

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

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

Palabras finales 205

Bibliografía 211

Siglas utilizadas

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

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

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

Prólogo

por

Ginés González García

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6 Se realizó una búsqueda sistemática de publicaciones en revistas científicas, considerando el periodo de los últimos treinta años. El periodo seleccionado para la búsqueda de *papers* (años noventa a la actualidad) se fundamenta por corresponderse con las reformas aplicadas a los sistemas de salud, coincidiendo con el incremento de publicaciones de este tipo. El material relevado se encuentra conservado en formato archivo, asegurando la disponibilidad y auditabilidad de la fuente.

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

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

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

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

7 Ibid.

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

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

PRIMERA PARTE

Los sistemas de salud. Problemas de economía y gestión

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

CAPÍTULO 1

Debates y realidades de los sistemas de salud

1.1. LA CRISIS DEL ESTADO Y LA OFENSIVA ANTI ESTATAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. LAS POSICIONES DE LAS INSTITUCIONES INTERNACIONALES

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

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

respaldan en un enfoque general que excede lo puramente sectorial, por eso hay menos documentos específicos para revisar y citar.

La OMS, más que ninguna, desde los años ochenta a la actualidad, ha hecho eje en la universalidad y la equidad y lo ha hecho con un sentido práctico, de este eje general surge la constancia y la especificidad con que se ha promovido la atención primaria. La institución ha intentado no ocuparse especialmente de lo financiero, de todos modos se preocupa por los determinantes demográficos y el uso de la tecnología, y su impacto en los costos; incorpora cuestiones relativas a los sistemas de información y monitoreo, etcétera, pero ha dudado de la descentralización y los copagos⁹ así como de la idealización de la oferta privada y de la autonomía de las unidades públicas. Los planteos parecen parte de una negociación entre las diversas posiciones, sin una definición taxativa (WHO, 2005). En este sentido es muy importante el aporte que a nivel micro viene realizando respecto de los mecanismos de aseguramiento y distribución de riesgos, el planteo de un paquete básico amplio, mayores regulaciones para controlar los seguros privados y una gobernanza estatal fuerte. No se preocupan por la construcción del mercado pero eso parece comprensible debido a los límites a las rentas extraordinarias ya existentes, como es el caso para la industria farmacéutica, sobre todo en los casos más dinámicos de Europa y en Canadá.

Es interesante recalcar que en lo discursivo ha mantenido siempre un planteo inspirado en alguna forma de sanitarismo, aunque poco a poco, una buena parte de la bibliografía publicada en este contexto haya ido adquiriendo herramientas del NI; la interacción de conceptos como gobernanza, información y evaluación, de la forma en que se expone en WHO y Alianza para la investigación en políticas de salud (2009), es una prueba. Un tema que no aparecía como central en la OMS y en el último período surge con alguna fuerza en algunos trabajos es el de corrupción, incluso con fuertes cuestionamientos a la burocracia estatal y la política (Duran & Saltman, 2013; Greer, Wismar & Figueras, 2015).

En la Unión Europea sí ha sobresalido lo financiero, no olvidemos que en el Tratado de Maastricht de 1991 el equilibrio fiscal era central. Por otro lado, el instrumento más claro era la descentralización, generalmente con conceptos típicos de la nueva economía política del institucionalismo y en íntima relación con la necesidad de controlar las erogaciones (Jakubowski, 1998). La temática sigue en los años dos mil, en la European Commission (2007, 2013 y 2014), también en diversos comunicados de la Dirección General de Economía y Finanzas. Se manifiesta la preocupación e incorporan

9 Que también llamaremos tickets.

los temas de diseño de seguros, precios y copagos, pero de un modo general, probablemente para no enfrentarse con los gobiernos nacionales.

La OCDE va por un camino paralelo al de la Unión Europea, focalizándose en la misma relación envejecimiento-perfil de morbilidad-costos y también clamando por el control del gasto. En la década del dos mil este organismo sigue emitiendo documentos similares pero, a diferencia de la Unión Europea y de la OMS, hay una valorización clara del seguro y la provisión privadas (Docteur & Oxley, 2003).

Los debates en América Latina han seguido otra agenda, fundamentalmente condicionada por la coexistencia de grandes demandas sociales insatisfechas y los déficits fiscales y porque algunas reformas del Estado y la salud se dieron de modo rápido, profundo, violento y con resultados muy cuestionados, por insatisfactorios.

Además, las instituciones son otras, por su influencia son centrales el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Cepal, que no tiene la misma importancia pero ha mostrado una posición independiente de los mencionados organismos. Naturalmente se ha relevado además la Organización Panamericana de la Salud, tampoco ha tenido gran influencia en los debates de la economía de la salud pero que ha venido creciendo en términos de su ascendente sobre los debates específicos, muchas veces con una agenda propia respecto a la OMS.

Evidentemente en el Banco Mundial (1993) y también en algunos autores del contexto del BID en los noventa, hay una clara posición pro-mercado y focalizada en la necesidad de bajar el gasto público y aumentar la participación privada con un optimismo poco sustentado, típico del neoliberalismo. La crítica al Estado se realizaba en un tono del que no hay antecedentes institucionales en los países centrales.

Este enfoque no sufriría modificaciones a la luz de los problemas que se iban verificando con la puesta en marcha del modelo de desregulación y privatización y la propuesta de correctivos giraba en torno a profundizar los mecanismos de mercado y —como parte de la segunda generación de reformas— realizar políticas focalizadas acotadas a sectores vulnerables. El peligro es la ausencia de un análisis serio tanto de los problemas sociales como de la segmentación de los sistemas, la falta de competencia de los mercados y las alianzas espúreas entre élites empresariales y Estado que tanto condiciona la efectividad de los incentivos pro competitividad del modelo en los Países Subdesarrollados, perjudicando a pacientes y trabajadores de la salud.

Hay al menos una excepción: se trata de un trabajo no oficial en el contexto del Banco Mundial de Dmytraczenko, Montenegro Torres y Aten (2013) en el que los autores parecen mostrar una actitud contemplativa respecto a países que han sido considerados heterodoxos. Naturalmente

mencionan antes que nada a Chile, Colombia, Uruguay y Costa Rica, pero también reconocen los esfuerzo de Brasil, Argentina y México. Parecen más dispuestos a comprender las heterogeneidades.

Por su parte, en la Cepal de los años noventa parecen convivir posiciones pro-mercado y otras más críticas que aún conservaban casi completamente el espíritu sanitarista con un fuerte sesgo estatal, que dudan de la capacidad del mercado y de la capacidad de supervisión del Estado, así explican el hecho de que las reformas no hayan alcanzado los impactos supuestamente esperados, por ejemplo Sojo (2000). Luego parecen asumir las reformas y hacen propuestas de fortalecer el rol del Estado para mejorar sobre todo la situación financiera (Cepal, 2006) y el acceso (Sojo, 2006). El trabajo de Cecchini, Filgueira y Robles (2014) es interesante porque algunos años más tarde muestra que en la década de dos mil aquel modelo de los noventa se iba modificando con el aumento del gasto público social, más regulaciones, ampliación de coberturas, la expansión de la acción estatal, mediante algunas re estatizaciones y nuevos programas específicos.

Finalmente, la OPS antes que nada pone en un primer plano la necesidad de la universalidad en un sentido amplio. No se había entrometido demasiado —ni para apoyar ni para cuestionar— en temas de gestión de la salud durante los noventa, lo financiero aparece pero como preocupación por el bajo nivel del gasto en el marco del objetivo de reducir la exclusión, como temas recurrentes. En los años ochenta y noventa la institución hace equilibrio. Propone el modelo de los Sistemas Locales de Salud, como forma de continuar con los principios de la Atención Primaria de Salud pero en forma más operativa. En los documentos oficiales la OPS (1988) se pone énfasis en la necesidad de la participación privada y la búsqueda de fondos extras no públicos que en el contexto de la época podrían ser señales de la introducción de elementos de la agenda del neo institucionalismo. En la interpretación de Paganini y Chozny (1990) hay un tinte cercano al enfoque de la descentralización de la Cepal, que ya analizaremos luego, con interés en el empoderamiento de la sociedad civil y en el municipio como actor clave. En Paganini y Capote Mir (1990) hay otros trabajos con interpretaciones más cercanas al sanitarismo crítico. Otro de los pocos trabajos que hemos relevado que apuntaba al análisis de los sistemas es la OPS (1998) que, analizando el paradigmático caso argentino, hacía hincapié en el proceso de descentralización y privatización, como responsable de la sobreprestación y la sobrefacturación y del deterioro del hospital público, pero propone más apertura: la incorporación de nuevos jugadores en la oferta y la aplicación plena de la libertad de elección de los pacientes, confiando en el fortalecimiento del papel regulador de los Ministerios de Salud.

Si bien la institución fue cauta mientras se producían las reformas de los noventa, como la Cepal luego propone correcciones importantes. En los años dos mil se introduce –como hacía la OMS– en el enfoque de determinantes de la salud y lo hace en el marco de un aumento de los presupuestos y en general de la mejora –aunque tenue– en los indicadores sociales de América Latina.

Se plantea la necesidad de aumentar la rectoría estatal y el fortalecimiento de la provisión pública alrededor de la APS y las redes. Parece asumirse la idea de que hay una correlación entre la fragmentación de la salud y la fragmentación económica. Lo hacen sin llegar a posiciones anti mercado claras. Sí lo hacen en el contexto de UNASUR, Giovanella, Feo, Faria, y Tobar (2012) que advierten sobre los problemas de concebir la provisión de la salud como un “servicio de mercado” y entienden que el derecho a la salud está condicionado por el modelo de desarrollo. Del mismo modo, trabajan autores como Rovere, Almeida Filho, etcétera, en la vertiente sanitarista ya mencionada. Estas últimas concepciones son centrales en la medida en que asumen que el problema principal, para que algunas de las estrategias que se irán discutiendo funcionen a favor de la inclusión, es la solución de los inconvenientes estructurales, fundamentalmente la desarticulación de los mercados concentrados, oligopólicos, que producen en nuestros países grandes cuasirentas en el sector bajo análisis y atentan contra los verdaderos artífices del sistema: pacientes y profesionales. Las redes son concebidas como una estrategia para ello.

Estas posiciones generales, con la excepción de esta última, van teniendo matices cuando se encaran las cuestiones puntuales, y hay diferencias entre los Países Desarrollados y América Latina, además los puntos de vista van siendo corregidos bajo la influencia de los resultados de las reformas concretas. El objetivo de los próximos párrafos es describir las posiciones y lo realmente sucedido en cuanto a los procesos de regulación y comando, financiación, seguro, provisión y control. De la lectura podrán extraerse los problemas y potencialidades de los diversos instrumentos planteados en los documentos y las diferencias que hay en la bibliografía y en la realidad, al respecto.

1.3. ACCESO UNIVERSAL Y ASEGURAMIENTO, GASTO, RIESGO, RECAUDACIÓN Y COPAGOS

En los Países Desarrollados

Desde los años noventa las tres instituciones que hemos estado siguiendo, pero sobre todo OMS y la Unión Europea plantean la necesidad de la universalidad de los sistemas, la consideran urgente en un contexto de enve-

jecimiento poblacional y cambio del perfil de la morbilidad. Pero hay una diferencia: en la Unión Europea (European Commission, 2007, 2013, 2014; Economic Policy Committee, 2010; Directorate General for Economic and Financial Affairs, 2012); OCDE (Jacobzone, 1999; Docteur & Oxley, 2003) –en mucha menor medida OMS– constantemente mencionan la presión inusitada que estos fenómenos juntos provocan sobre el gasto y sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas, con pronósticos alarmistas que parecen invitar al ajuste.

Como una contrapartida de este tema, con el propósito de aumentar la base imponible, la equidad y para enfrentar la segmentación, surgen las propuestas de la OMS para aumentar los recursos tributarios y así evitar los copagos (Masseria, Irwin, Thomson, Gemmill & Mossialos, 2009; WHO, 2010).

Docteur y Oxley (2003) de la OCDE también –aunque inesperadamente– se oponen a los tickets porque consideran a las otras formas de recaudación mucho más relacionadas con la capacidad de pago y por eso, más equitativas, además los copagos, dicen, no parecen reducir la demanda. Casi al mismo tiempo Thomson y Mossialos (2004) y luego Thomson y Stabile (2014) de la OMS alertaban acerca de la barrera financiera que producen y los altos costos administrativos. Thomson, Evetovits y Kluge (2016) muestran que el tema es eminentemente financiero: que los copagos van del 6,3% al 48,7% del total de la financiación de la salud en 34 países de ingresos altos de Europa, que los sistemas que tienen menos participación estatal y enfrentan problemas fiscales, son los que se valen de este instrumento.

La bibliografía parece concluir con que la eficiencia del copago depende de la amplitud del paquete básico y del costo que enfrentan los sectores vulnerables, la cobertura de gastos catastróficos o ciertas prestaciones, por ejemplo vacunas (Ridic, Gleason & Ridic, 2012).

Dada la presencia de objetivos de universalidad, en la bibliografía parece haber coincidencia alrededor del rol del financiamiento público y de la seguridad social y hay una preferencia por la propiedad pública¹⁰ de los servicios de salud. Es clara la coincidencia sobre la necesidad de separar el aseguramiento y el pago, de la provisión.

Por eso, el paso sucesivo es la cuestión de la distribución de los riesgos, de este aspecto la que más se ha ocupado permanentemente es la OMS con trabajos que describen las ventajas y desventajas de cada modelo de aseguramiento posible. Los trabajos plantean que en los sistemas con varias compañías de seguros se requiere tener una regulación estricta y así tratar de evitar la concentración de las aseguradoras y proveedoras, que terminan atendiendo sólo a los grupos más saludables (técnicamente se trata de la

10 Entre la bibliografía consultada, sólo Docteur y Oxley (2003) de OCDE prefieren los seguros privados.

selección adversa, popularmente “descreme”). Se menciona a Alemania y Finlandia como modelos positivos y especialmente se valora la interrupción en el Reino Unido de la reforma de 1992 porque daba una libertad absoluta a las firmas permitiendo que elijan completamente a los asegurados (WHO, 1999, 2005).

Este tema es retomado por los ya citados Masseria, Irwin, Thomson, Gemmill & Mossialos (2009) y WHO (2010), donde se reconoce que los Países Desarrollados han hecho grandes esfuerzos para mejorar el diseño de reparto de costos, incluso prohibiendo la selección adversa, aunque el descreme subsiste. Dicen que hay que controlar las formas de ingreso para ampliar las afiliaciones de los sectores más vulnerables en los seguros más prestigiosos y logrando que el riesgo sea cubierto como está establecido, para que no haya una manipulación de la relación calidad-precio; también ponen el acento en los mecanismos de reclamos. Como alternativa se proponen los pools de fondos, que permiten los subsidios internos cruzados, es decir que, en cada seguro, las contribuciones de individuos sanos más pudientes se utilicen para cubrir los costos de aquellos que necesitan más atención médica y tienen menos recursos.

Los documentos mencionados cierran planteando la necesidad de fortalecer las capacidades estatales para regular y controlar, aunque consideran fundamental que el Estado con sus intervenciones compensatorias no asuma las responsabilidades del sector privado reduciendo el riesgo de las aseguradoras. Estas situaciones son típicas en la Prevención Primaria y Promoción de la Salud (PPPS) que cada vez exige más presupuesto, la solución sería establecer una contribución especial por parte de aseguradoras y proveedoras privadas para que el Estado o un ente particular desarrolle estas tareas, también la inclusión de las mismas en las cartillas de los seguros como prestaciones obligatorias.

¿Y en la práctica? ¿Cómo se avanzó en la universalidad? ¿Cómo se constituyen los seguros? ¿Cómo se los regula? Recordemos que la mayor parte de los sistemas de los Países Desarrollados y de América Latina nacieron en la posguerra con el objetivo de que el Estado pase a ser garante de la salud, que hasta entonces era dominada por la iglesia o el sistema de mutuales. Desde entonces, más allá de las características específicas del seguro y la provisión (tema que se toca luego), ha habido una creciente preocupación sobre la universalidad, es decir, el aumento de la cobertura real de todos los habitantes con una calidad aceptable sin diferencias sociales y regionales, cuestión como veremos asociada a la recaudación y a la presencia y calidad de servicios, lo que se ha resuelto en modos muy diversos.¹¹

11 Para una síntesis de los diversos modelos ver el Anexo. Se recomienda tenerlo a disposición durante la lectura de todo el libro.

El caso paradigmático es el Reino Unido, allí el sistema nace como ruptura absoluta con lo que existía hasta ese momento, a partir de un seguro público único (no basado en primas sino en el aporte estatal) que debía garantizar la universalidad y gratuidad, en base a la financiación central. Con el tiempo la gratuidad no es completa ya que hoy hay copagos, aunque se exceptúan los menores de 18 años, las mujeres embarazadas y los ancianos¹².

En Francia en cambio, el sistema no nació universal, sino basado en cajas aseguradoras, luego fue sumando sectores, en los años sesenta incluyó a los agricultores y luego a los profesionales independientes, a medida que se expandió la cobertura, el Estado aumentó su participación en el sistema. En 1974 se proclamó universal incorporando a los desocupados; recién en 1999 se establece una canasta de servicios, incluso, la cobertura complementaria para los sectores vulnerables. Inicialmente el copago era mínimo, pero luego fue creciendo, funcional al modelo debido a la presencia de dos tipos de médicos, unos que se atienen a la tarifa oficial y otros que ponen su propia tarifa libremente, a veces muy alta. El esquema puede considerarse menos equitativo desde el punto de vista de los diferenciales de calidad en la atención según el copago abonado.

Para cubrirse, tanto los ingleses como los franceses pueden tener un seguro complementario, pero en el primer caso sólo lo tiene el 11% de la población, contra un 95% de los franceses que en general están asociados a una caja por la empresa donde trabajan.

Lo expuesto permite entender por qué el modelo del Reino Unido se caracterizó por un fuerte compromiso financiero estatal, esfuerzo redoblado en los sesenta y setenta y sólo interrumpido por el ajuste en la década de 1980 de Thatcher, que luego fue revertido en los años de Blair para lograr su estabilización. El gasto en relación al PBI orilló siempre el 9%, como se ve en el *Gráfico 1*.

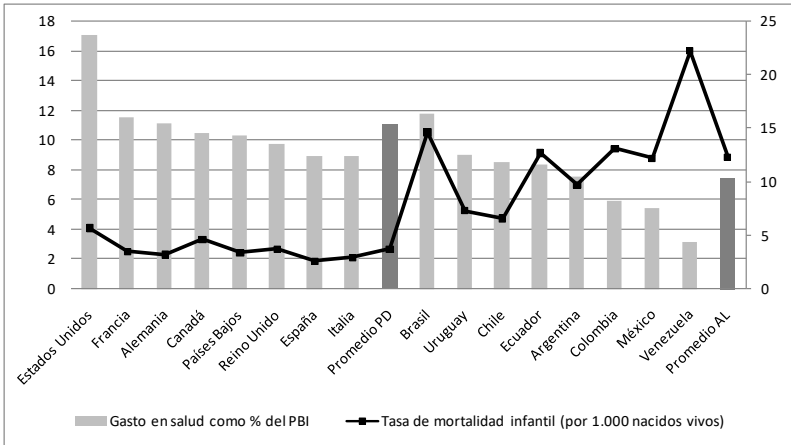
El gasto per cápita del Reino Unido según el *Gráfico 2* ronda los 3.600 dólares, con un 88% de gasto público, financiado con aportes tributarios (como también Suecia y Dinamarca); los gastos de bolsillo ascienden al 10% y los seguros representan un porcentaje algo menor.

En Francia sucede algo similar: gran aumento proporcional del gasto de 1960 a 1975, una tendencia a la baja posterior, hasta el año 2000, en que vuelve a subir. Se llega al 11,5% en 2014 y el gasto per cápita es de 4.900 dólares, superior al del Reino Unido por lo que muchos lo consideran ineficiente. El porcentaje público –que como en la mayor parte de los países incluye la seguridad social– es algo menor al británico (77%) y con menos

12 Los datos aportados pueden verse con amplitud en Narodowski (2017). En este libro presentamos una síntesis en cuadros sucesivos. Las fuentes difieren en las fechas, las de porcentaje de gasto sobre PBI son de 2016 y los de gasto absoluto son de 2011.

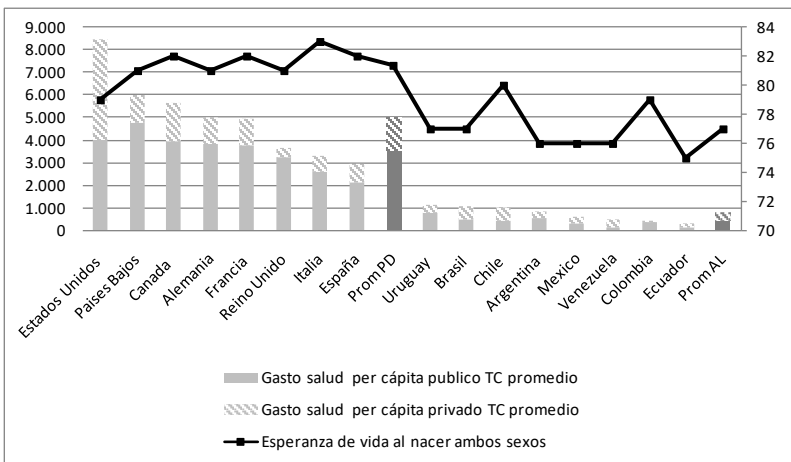
financiamiento tributario (40%), los gastos de bolsillo también son menores (7%) por lo que los seguros complementarios cubren la diferencia con un 14% evitando en cierto modo el pago individual por prestaciones extras. Ambos países están en el nivel intermedio en cuanto a médicos y salarios. Reino Unido está en el promedio de camas y Francia por encima, en aparatos están por debajo de la media. Este tema se retoma luego para cada país.

Gráfico 1. Datos de gasto en salud



Fuente: elaboración propia en base a OMS en línea < <https://www.who.int/es> > y BM en línea < <https://datos.bancomundial.org> >.

Gráfico 2. Gasto público y privado



Fuente: elaboración propia en base a WHO (2015) y OCDE en línea < <https://data.oecd.org> >.

Italia y España habían nacido como sistemas de seguridad social fuertemente vinculados al salario y durante la posguerra fueron intentando la ampliación de la cobertura, casualmente ambos en 1978 crean sistemas nacionales universales financiados por el Estado. En Italia desde 1998 también se cubre a los inmigrantes. España los cubrió hasta 2012, aunque algunas Comunidades Autónomas los atienden.

En España la cartera de servicios es definida a nivel central sin copagos para APS, atención de agudos y medicamentos hospitalarios y con límite máximo para niños y ancianos. Las Comunidades autónomas tienen capacidad de definir otras canastas, como en Canadá, lo que hace que la calidad de la cobertura o, por ejemplo, en ítems como medicamentos varíe. En Italia las exenciones se dan según ingreso bruto de los hogares, sólo que el umbral ha sido siempre cuestionado por alto, la atención depende de las Regiones. En los dos países los copagos hacen poco equitativo al modelo y las diferencias más grandes se producen en la calidad de la atención de las regiones más desarrolladas. Los dos países están en niveles intermedios de gasto (aunque debajo del promedio de los PD), tienen alta densidad de médicos y salarios inferiores al promedio europeo.

Esta evolución se traduce en términos financieros, en Italia hay un aumento del gasto desde los sesenta hasta los ochenta en que se estanca y aumentan los copagos. En los años noventa recrudescen este ajuste con una mayor extensión de los tickets, luego hay una mejora hasta 2014, pasando del 8,1% del PIB al 9,2% lo que permite lograr un gasto per cápita de 3.300 dólares aunque los pagos de bolsillos alcanzan un 22% y el aporte estatal es bajo. Se basa en aportes tributarios pero de nivel regional, lo que genera asimetrías.

España muestra menos vaivenes, con una tasa de crecimiento de gasto público creciente entre 1966 y 1983 y estable hasta 1989; un aumento desde 1992, una caída desde 1997 y un nuevo repunte de 2004 a 2010 para luego ir al ajuste. Muestra un esfuerzo del 9% del PBI, lo que genera un gasto per cápita de 2.900 dólares. Los pagos de bolsillo son en la actualidad muy altos (un 27%). Este fenómeno en estos países se debe a la debilidad económica de los mismos y además, a la necesidad de cumplir con las metas fiscales de la Unión Europea.

En Canadá, los seguros públicos provinciales surgen en 1947, pero se logra una cierta coordinación nacional recién en 1957. En 1984 la Canadian Health Act terminó de definir una cartera de servicios gratuitos para todos, sin copago (la cobertura es llamada Medicare). El problema del modelo es la baja cobertura de medicamentos y las asimetrías entre provincias.

Los Estados Unidos son la “rara avis” de los Países Desarrollados: ni el Estado Federal ni los Estados federales estructuraron un seguro social sino

hasta los setenta y muy tímidamente, sin cambiar radicalmente el modelo tradicional basado en el sector privado y los hospitales sin fines de lucro. En 2010 la Ley de Seguro Accesible (conocida como ACA por las siglas de Affordable Care Act) intentó ampliar la cantidad de asegurados con financiamiento tributario federal (Medicare y Medicaid), pero cada Estado federal define primas, tarifas y copagos así como estándares de cobertura. En el momento del cambio de gobierno de 2017 aún había un 10% de residentes que no tenía seguro alguno y los inmigrantes no están cubiertos.

Los casos de Estados Unidos y Canadá en cuanto al gasto son interesantes si se piensa que para los años sesenta estaban igualados y hoy son muy diferentes. Los Estados Unidos gastaban por entonces un 5% del PIB en salud y llegaron al 17% en 2015 con un valor absoluto per cápita de 8.500 dólares. El Estado aporta el 48%. La falta de regulación estatal en medio de un aumento de la cobertura explica gran parte de esta evolución en un sistema que se rige por la lógica del mercado, por eso además prioriza los equipos a la cantidad de médicos y enfermeras. Canadá en los sesenta gastaba casi lo mismo en relación al PIB (5,3%), pero hay dos momentos, en los setenta y noventa en que la tasa de crecimiento fue muy inferior, algunos años, negativa; luego repunta en la década del dos mil y hoy es del 10,6% del PIB (gasto per cápita de 5.600 dólares), solo algo superior al promedio de 9,3% de OCDE, pero muy por debajo del porcentaje norteamericano. Muestra un porcentaje de aporte estatal muy superior, 70% (65% provincial y 5% federal), pero en los últimos años han crecido los gastos de bolsillo y en seguros privados hasta alcanzar el 26%, un nivel similar a Italia y España. Tiene una densidad de médicos más baja que el promedio, pero con mejores salarios, hay además más dispositivos, tal vez porque se redujo la cantidad de camas hospitalarias.

En América Latina

El tema de la universalidad y el esfuerzo fiscal que conlleva, en nuestro subcontinente se presenta diversamente; se caracteriza por el bajo nivel del gasto, los problemas de acceso y por la presión ejercida desde los setenta por los organismos internacionales para lograr el ajuste. También ha sido más controvertido el debate sobre la gestión de este derecho, o sea, el rol de los seguros, sobre todo privados.

En los años noventa el análisis y las recomendaciones se tiñeron de la cuestión financiera. El Informe de Desarrollo Humano del Banco Mundial de 1993 es un claro ejemplo de la preocupación de los organismos por los altos costos pero con énfasis en el supuesto despilfarro y en la necesidad de contener las erogaciones, sin reconocer que el nivel era muy inferior si se lo comparaba con el de otros países.

En la década del dos mil, el BM y BID discutían los resultados de las reformas de los noventa con escasa autocrítica, se planteaba profundizarlas, se renovaba la preocupación por el control del gasto y se proponían copagos, sistemas de monitoreo y evaluación, etcétera (May, Shand, Mackay, Rojas & Saavedra, 2006).

En cuanto a los recursos, surge el objetivo de una reforma impositiva que permita tener más progresividad a los sistemas, aunque con resguardo de la eficiencia (Ferranti, Perry, Ferreira & Walton, 2003); en el contexto del BID, Giedion, Villar & Ávila (2010) y Dmytraczenko & Almeida (2013) enfatizan la necesidad de capturar contribuciones de sectores de altos ingresos para canalizarlos a los paquetes básicos mediante sistemas integrados.

En lo que hace a la separación de funciones y al rol de aseguramiento, éste tema no surge en los organismos financieros como un instrumento de gestión del derecho a la universalidad sino como una estrategia vinculada a la búsqueda de eficiencia. Los ya citados documentos del Banco Mundial (1993 y 1996), Londoño & Frenk (1997), luego Gottret & Schieber (2007) y Escobar, Giedion, Acosta, Castaño, Pinto & Ruiz Gómez (2010) planteaban obviamente la separación de la provisión y recomiendan que los seguros sean privados y voluntarios, ya que éstos –en el marco de la competencia– optimizan la recaudación y hacen acuerdos eficientes con proveedores y sin presionar sobre los gastos de bolsillo. El argumento es que los seguros privados tienen que ajustar sus primas si quieren jugar ese rol y no limitarse a ofrecer seguros voluntarios al estrato más rico de la población y al mismo tiempo van a mejorar la gestión suya y la de los proveedores.

Varios de los autores mencionados, así como Giedion, Trištão & Bitrán (2014) y Giedion, Muñoz & Ávila (2015) se introducen como consecuencia, en el debate sobre la gestión de riesgos, casi como una réplica de los aportes de OMS: se trabaja sobre grupos de riesgo, control de mecanismos informales de desceme¹³, listas positivas, etcétera. Si bien se analizan los problemas de estos esquemas y se menciona la presencia de poderosos grupos de interés, no se muestra cómo lograr imponer estos mecanismos en nuestros países sin aumentar la concentración de los mercados.

La OPS y Cepal van por un camino muy diverso ya que el eje está puesto en la universalidad. A partir de allí, es central la cuestión de las dificultades de acceso en un sentido amplio: las barreras financieras, la falta de servicios en las zonas vulnerables y los diferenciales de calidad, debido a la segmentación socio-económica, étnica y cultural (OPS, 2003). En esa línea parece ubicarse OPS (2006), enfocado a la salud materna e infantil.

13 Se entiende desceme como la salida voluntaria de los aportantes de mayores ingresos o de menor riesgo de los seguros, quienes se llevan sus aportes a otro seguro.

Luego, Cepal (2006) y la OPS (2007a y 2009) llaman la atención sobre el problema adicional que significan las nuevas dinámicas demográficas y epidemiológicas debido al aumento del impacto de las enfermedades crónicas, las que se suman a las aún vigentes enfermedades de la pobreza (sobre todo las infecciones respiratorias). Surge con fuerza el concepto de determinantes sociales y la necesidad de políticas intersectoriales. Se exige una integralidad difícil de abordar en contextos segmentados y fragmentados, un cuadro muy diverso al de los Países Desarrollados. Esta evolución se completa en el 53° Consejo Directivo de Octubre de 2014 (OPS, 2015), en el que se definió la Cobertura Universal de Salud (CUS) y el Acceso Universal a la Salud; el primero que define la universalidad en sus múltiples dimensiones: la cobertura formal, la garantía de servicios y la protección final y el segundo que brinda garantías de accesibilidad a los sectores vulnerables. En esta temática, el BM naturalmente lo subsume al problema del financiamiento..

Y a diferencia de estos organismos, la Cepal cuestiona las reformas por haberse realizado en medio del ajuste y —como en los Países Desarrollados— ven los copagos como un instrumento excluyente, sobre todo en este clima de ahorro fiscal asfixiante (Sojo, 2000 y 2001). Luego, Sojo (2006), Cepal (2006), Carrera, Castro y Sojo (2009), Mesa Lago (2005 y 2009), Arriagada, Aranda y Miranda (2005), Cercone (2006), Rodríguez Herrera (2006) y Báscolo (2008) coinciden en una condición necesaria para la mejora de la salud en América Latina: el aumento del gasto.

En el ámbito de Cepal, Centrángolo y Devoto (2002) y luego Carrera, Castro y Sojo (2009) y Sojo (2014) piden realizar esfuerzos dirigidos a incrementar el financiamiento tributario, reduciendo la dependencia de las cargas sobre la nómina salarial, para disminuir la fragmentación.

En los autores mencionados en los párrafos precedentes, el seguro debe garantizar esa universalidad, sin quedar claro si el seguro debe ser público o no¹⁴. La cuestión de la distribución del riesgo aparece en el debate al analizar la amplitud de la garantía de prestaciones, el problema de la expansión de servicios de bajo costo, el control de la calidad de la cobertura, etcétera.

Por su parte, la OPS como la Cepal ha advertido sobre el bajo nivel del gasto y ha pedido sistemáticamente aumentarlo (WHO, 2002, 2003, 2008). En esos documentos se explicita la necesidad de expandir el seguro público, de implementación de la protección social en salud (EPS) para la población materna e infantil, etcétera. Se enfocan poco en los problemas de distribución del riesgo que estas estrategias pueden generar ya que aumentan las rentas de los seguros privados (Cecchini, Filgueira y Robles, 2014). Giovanella

14 Miranda (1994) y Tafani (1997) tenían una posición muy similar a las de los organismos internacionales: ampliar los mercados de seguro y provisión a los privados, pero esta posición pierde peso.

(2013) plantea la urgencia de ir a modelos con más financiamiento y prestación públicos, cuestionando la ambigüedad del organismo.

Todos estos documentos del BM y BID, Cepal, OPS proponen la cobertura universal por diversas vías, pero los primeros con menos fuerza, en un contexto de ajuste y con fuerte sesgo privado contra la Cepal y la OPS que piden aumentar el gasto, la última da importancia al seguro público. La cuestión de la distribución de riesgos está mucho menos tratada en América Latina, la OPS lo hace en menor medida que la OMS. La preocupación sobre las dificultades estructurales del mercado de seguros y los problemas para regularlos en América Latina sigue poco abordada (Rovere, 2004).

¿Qué iba pasando en los países estudiados? ¿Y en Argentina? Comenzaremos con el que intentó alcanzar formalmente la universalidad: Brasil. En este país desde los años treinta el modelo se basó en la seguridad laboral. En los años cuarenta y cincuenta hubo un aumento de la cobertura pero el proceso se frenó por el ajuste del golpe militar de 1964. En ese período se produce un fuerte crecimiento del seguro y la provisión privados aunque de un modo menos radical que la situación que veremos en el caso chileno. En 1990 se implementó el Seguro Único de Salud (SUS), en los 2000 se produce una expansión del gasto para sostenerlo. Al menos en términos formales, el seguro estatal cubre alrededor del 75% de la población (no incluye los sectores de altos ingresos), pero hay una doble cobertura importante.

El modelo se complementaba con varios programas públicos odontológicos y de medicamentos o para HIV/SIDA, insuficiencia renal crónica, trasplantes, etcétera, que intentaba suplir la falta de acceso a estos servicios, aunque sea en una etapa básica.

Estas políticas explican por qué el gasto, según los *Gráficos 1 y 2*, pasó del 7,2% al 11,8% del PBI en 2016 (con un gasto per cápita cercano a los 1.120 dólares). De todos modos, el gasto público asciende al 40%, el pago de seguros representa el 49% y el pago de bolsillo el 11%. En esta situación financiera Brasil tiene un nivel bajo de médicos, camas y aparatos respecto al promedio de América Latina y que Argentina.

Los datos de nuestro país son similares, en cuanto al gasto en salud pero mayores en el esfuerzo estatal. Pero, si bien el promedio de presión fiscal de América Latina era en 2010 del 20%, en OCDE y en Argentina era del 34%, el componente progresivo de los impuestos era en OCDE del 38%, en América Latina del 29%, y en nuestro país era menor: del 25%. Porque las contribuciones a la seguridad social en Argentina son superiores producto de la fragmentación ya mencionada (OCDE-Cepal-Ciat, 2012).

Su concepción ha sido tradicionalmente similar a la brasilera en el sentido de que el sistema es universal, las prepagas y las Obras Sociales (que son legalmente de derecho público pero no estatal) son legalmente seguros

complementarios pero su influencia –dada la desconfianza que por momentos genera la provisión pública en sectores medios y altos– es mayor. Nuestro país ha hecho bastante, aunque con vaivenes, respecto a la distribución del riesgo. El nacimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) estuvo influido por la desregulación y el ajuste estatal de los años noventa, el Fondo Solidario de Redistribución en el mismo contexto no puede lograr sus supuestos objetivos de equidad. Han sido importantes pero insuficientes las modificaciones a la normativa de los años dos mil, aunque aún subsiste el derecho a la libre elección, este es un tema que debería ser discutido.

México, Chile y Colombia parten de un seguro laboral y luego de múltiples vaivenes intentan cubrir a la población desprotegida, no con un seguro universal sino con uno focalizado, el objetivo de la reducción de la fragmentación queda en un segundo plano. El primero de los nombrados persiste hoy en el modelo de seguridad laboral no universal basado en el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS), actualmente con un sistema de copagos con algunas excepciones, pero un porcentaje cercano al 40% de la población utiliza la salud privada para tener servicios de otro nivel. El Seguro Popular (SP), estatal, intentó garantizar la cobertura para los sectores vulnerables pero es muy limitado en cantidad de servicios y calidad. Para el análisis de la situación hay que considerar que el gasto público en salud cayó un 37% entre 1982 y 1988 mientras se producía la descentralización. En la década de 1990 hay una recuperación y desde 2000 a 2007 se registran variaciones positivas asociadas al mencionado SP alcanzando el 6,3% del PBI y un valor absoluto per cápita de 1.000 dólares, la participación pública, incluyendo los seguros públicos, es cercana al 50% en 2010. Los gastos de bolsillo (44%) son altos. Los promedios de personal e infraestructura muestran un fuerte déficit.

Colombia ha intentado en diversos momentos crear un seguro público que incluyese asegurados laborales y al resto, el mismo se fue consolidando a partir de diversas reformas del rol del hoy llamado Instituto de Seguros Sociales, la reforma de 1993 terminó por fundar el modelo actual con una franja contributiva y otra no contributiva, esta última con financiamiento estatal. Recién en 2011 –y por la presión de la Corte Suprema– se llega a un Plan Obligatorio de Salud similar en ambos segmentos al menos en términos formales. Hoy la cobertura alcanza al 96% de los colombianos, pero las diferencias de calidad en la atención subsisten. Para sostener este esfuerzo sin aumentar más aun el gasto público, los copagos fueron subiendo, aunque están exentas diversas enfermedades crónicas y los indigentes.

Esto se traduce en el presupuesto, el mismo crece entre 1967 y 1977 pero desde entonces y hasta 1990 hay un periodo largo de ajuste, que lo lleva a la mitad. Con la reforma, se pasó del 6,2% de 1993 al 9,6% de 1997,

para caer al 6,5% en 2011. Sube a un 7,2% en 2014, pero el gasto per cápita sigue siendo magro (466 dólares). El gasto público representa el 79% y es uno de los más altos de América Latina. Es el país con peores promedios en personal e infraestructura.

El tercer país con seguro público focalizado es Chile, su modelo de salud fue en un sentido contrario al Colombiano ya que desde 1924 tuvo un sistema basado en la seguridad social y el mutualismo, que luego se unifican en un seguro público obligatorio, pero en 1979, durante la dictadura se produce una reforma muy profunda que genera múltiples aseguradoras y prestadores privados, con escasa regulación y fuertes inequidades. Luego este proceso se revierte en parte con el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), destinado a cubrir a los sectores vulnerables; naturalmente la fragmentación subsiste por cantidad y calidad de prestaciones pero crece la cobertura de las familias rezagadas. Por lo expuesto, en Chile el gasto público aumentó desde 1964, debido al impulso de la salud pública y cae entre 1973 y 1990, con vaivenes. Desde esa fecha, y sobre todo desde 2010, los gobiernos de la Concertación han realizado un notorio esfuerzo por incrementar el gasto para situarlo actualmente en el 8,5% del PBI, el valor per cápita de 1.022 dólares. De todos modos aún hoy se caracteriza por un bajo gasto público (43%) y un alto gasto de bolsillo (33%), lo que se traduce en instalaciones y equipos por encima del promedio y médicos, centros de APS y hospitales, por debajo de dicho promedio.

En síntesis

Puede decirse que en los debates institucionales de los Países Desarrollados y América Latina hay una tendencia a ampliar la universalidad y el aseguramiento, mayormente público y con aportes tributarios estrategia que podría considerarse típica del sanitarismo pero que está en buena parte de los enfoques actuales. En los Países Desarrollados hay además una preocupación por el gasto pero no una exigencia de bajarlo, en América Latina hay un consenso de Cepal y OPS de elevarlo. Este es el rumbo en la práctica, aunque su realización depende de diversos factores. Entre los países que hemos estudiado, Reino Unido, Francia, España, Italia, Canadá y Brasil a través del SUS han constituido modelos de seguridad universal, pública; Italia tiene un modelo universal, pero sin un asegurador, opera directamente la provisión pública, como Argentina, aunque en nuestro país hay un segmento de seguros complementarios y laborales muy influyentes (prepagas y Obras Sociales); Chile hasta los años setenta, y México presentan una seguridad laboral, también de gestión pública; Estados Unidos y Colombia, luego Chile, son modelos de seguridad privada, laboral o no. Chile, Colombia y

México –como Estados Unidos– tienen seguros públicos focalizados para cubrir a los sectores vulnerables. Comparados con Brasil, no se puede decir que el SUS haya dado resultados definitivamente superiores en términos de disminuir la fragmentación, el nivel de la inversión pública influye, pero el SUS es un punto de partida superior, perfectible. Argentina, como Brasil tiene una cobertura universal formal superior a los países que eligen un modelo focalizado (con listas positivas estrechas) pero al no contar con un seguro público, tiene menos capacidad de priorización de dicha cobertura (por ejemplo, que Brasil). De hecho desatiende a todos los que están asegurados por otra vía que según la provincia ronda entre el 25 y el 35%.

La estrategia puede generar problemas de demoras o de calidad en los sectores efectivamente atendidos. Con este argumento, el gobierno nacional con el supuesto acuerdo de los provinciales y el financiamiento del Banco Mundial ha lanzado la Cobertura Universal de Salud. Ni el documento de Proyecto (BM, 2018) ni el Ministerio muestran con algún detalle el contenido de la reforma, el sector está dominado por el caos y el ajuste fiscal (que incluso llevó a la eliminación del Ministerio¹⁵).

En cuanto al gasto, hemos visto que hay un ajuste de diversa magnitud en los setenta, para volver a crecer en algunos casos en los noventa y en forma generalizada en los años dos mil. En América Latina la evolución no es muy diversa, sólo que el punto de partida era más bajo y el ajuste de los setenta es más largo y más profundo. Si tomamos los Países Desarrollados, como se sabe, el país que más gasta en salud es Estados Unidos, es el que tiene los precios más altos y graves problemas de inclusión. Casi duplica a Países Bajos y a Alemania, Canadá y Francia, por encima de los 6000 dólares anuales. Reino Unido, Italia y España gastan mil dólares menos per cápita que los anteriores. Como ya vimos, el mayor esfuerzo estatal es el de los Países Bajos, le sigue Reino Unido, luego Francia y Canadá; los más bajos son Italia, España y Estados Unidos, por debajo del 50%. Éstos son los que más gastos en seguros privados o copagos presentan.

En América Latina los que más gastan, lo hacen en un promedio que es la mitad del que menos gasta en los Países Desarrollados, España, en orden de importancia: Uruguay, Brasil, Chile, Argentina, México y Colombia, según los datos de 2016. Por otro lado, la presencia del Estado en ese gasto es notablemente inferior que en los países centrales, cerca de un 53% contra un 75%. Por el gasto público, el orden era Uruguay, Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Pero en América Latina la presión fiscal, la progresividad de la misma y el porcentaje de aportes tributarios es menor. En general se ha tendido a establecer mecanismos que permiten redistribuir entre los sectores

15 El mencionado Banco Mundial (2018) tiene como objetivo explícito aumentar la capacidad institucional del Ministerio de Salud Nacional (MSN), pero éste ya no existe.

vulnerables un porcentaje del aporte a otros seguros y otras medidas contra el descreme, pero todo ello debe perfeccionarse.

Es evidente que nunca puede ser similar un sistema de salud financiado con un gasto de casi 5.000 euros que es el promedio anual de los Países Desarrollados, que un presupuesto cercano a los 1.000 de los Países Subdesarrollados, ni en términos de salarios médicos, tecnología, medicamentos cubiertos, etcétera. A eso debe agregarse que nuestros países están sujetos a un ciclo económico pendular que atenta contra el gasto social en determinados períodos.

Esta situación se exacerbó en América Latina en los últimos años, en Argentina el gobierno nacional presentó dos presupuestos en baja, de 2017 a 2019. En el primer caso, según Centro Atenea (2017) hay aumento del 4,9% en relación a 2016, pero ese año se verificó una inflación del 24,8%, hay importantes disminuciones en todo lo relativo a programas de promoción de la salud, familiar y comunitaria, patologías específicas, entre ellas las crónicas. Para 2018 el presupuesto suponía un aumento del 17%, pero la inflación alcanzó el 47,7%. El aumento más importante corresponde a la Cobertura Universal de Salud (CUS) y otros programas que habían sido relegados en 2017, pero que igual en la práctica no despegaron, todos por debajo de la inflación. El proyecto de presupuesto 2019 presentado por el gobierno suponía un incremento del 29% –que hasta ahora parece subejecutarse– contra una inflación cercana a 41% proyectada por los analistas.

Esta evolución impacta en diversas transferencias, pero tal vez lo más preocupante sean los medicamentos ya que sus precios superaron a los aumentos del Índice de Precios al Consumidor (IPC), y obviamente de los salarios y las jubilaciones. En el gobierno anterior el Estado se hizo presente en la regulación de los medicamentos y productos medicinales, a través de la sanción de la ley de prescripción por genéricos y en el desarrollo de la fabricación pública de medicamentos (también incipiente) como así también en la entrega directa mediante el Remediar que hoy desaparecieron. Ciertas mejoras en la eficiencia de las listas positivas y en la gestión de compras publicitadas por el gobierno son difíciles de evaluar dado el contexto de ajuste que se vive, lo cual genera menores coberturas y mayores copagos.

En la provincia de Buenos Aires se tienen los valores ejecutados del gasto, que reflejan mejor la evolución, para 2016 y 2017. En el segundo año (primer presupuesto del actual gobierno), el gasto en salud aumentó casi 3 puntos menos que la inflación. En el presupuesto 2018 había un aumento del 34%, diez puntos por debajo del aumento del IPC. Habrá que ver el ejecutado.

El ajuste en el presupuesto provincial repercute especialmente en las retribuciones a los trabajadores de la salud y en la posibilidad de cubrir vacantes, también en el mantenimiento de la infraestructura.

A lo expuesto debe agregarse que según las estimaciones privadas el nivel de actividad en 2020 estará por debajo del de 2015, que la desocupación en el conurbano ya supera el 12%. Como resultado, en el tercer trimestre de 2018, las personas indigentes habían aumentado hasta alcanzar el 6,1% y las personas bajo la línea de la pobreza al 33,6% (UCA-Observatorio de la Deuda Social, 2018). Esto hace que las necesidades de la población aumenten y la necesidad de la ayuda del Estado crezca. Cosa que justamente no sucede.

Los problemas estructurales de los diversos países los hacen incomparables y ponen en discusión –si no vienen adecuadas a cada modelo de desarrollo y con una reforma integral, incluso del sistema impositivo– las estrategias que puedan implementarse.

1.4. LAS FUNCIONES RECTORAS Y LA DESCENTRALIZACIÓN

En los Países Desarrollados

En este ítem comenzaremos analizando los cambios en la institucionalidad general. El punto importa en relación al planteo del enfoque del NI de separar las competencias relativas a la regulación, el financiamiento, el aseguramiento, y el control y la recomendación de que cada una de éstas sea responsabilidad de organismos privados o autónomos. En la bibliografía analizada en el punto anterior, había consenso respecto a esta separación de funciones, vimos además que no hay consenso respecto a la propiedad de los organismos, aunque sí acerca de la necesidad de fortalecer la rectoría estatal. Es importante recalcar que allí donde hemos visto que el seguro público tiene un rol preponderante son los Ministerios u otros organismos similares los encargados de las actividades de promoción y prevención primaria, tan importantes; no obstante el riesgo de fragmentación aún existe.

Donde ha habido más debate ha sido respecto al nivel de descentralización de la rectoría, un tema que recorre toda la bibliografía, más allá del sector salud. Nos referimos a ella para indicar que la financiación y la toma de decisiones tienen sede en el nivel regional y/o local, más allá de la legalidad y la autonomía de la provisión misma.

Recordemos que en Canadá y los Estados Unidos, el federalismo existe desde el origen. En el primer caso, hay una fuerte normativa nacional en cuanto a cobertura y el resto del proceso está descentralizado; ha habido un sistema de transferencias que intentó contribuir a resolver las asimetrías, pero el sistema no ha funcionado y actualmente el aporte provincial es muy superior, naturalmente en un contexto de asimetrías regionales menos marcado que en nuestros países. En los Estados Unidos el federalismo es

radical, incluso ha permitido que diversos Estados no hayan implementado la ampliación de cobertura que significó el llamado *Obamacare*.

La Unión Europea involucró países con diversos niveles de descentralización y estimuló el federalismo desde su constitución. En sus instrumentos de intervención, en pos de la reducción de las asimetrías regionales, hay límites claros a la actuación de los niveles político-administrativos superiores e incentivos al desarrollo, especialmente regional. Los procesos de descentralización impulsados por los Estados miembros potenciaron en los últimos años ese mismo movimiento.

Pasados veinte años, el proceso ha sido puesto en discusión. Maynou, Saez y Bacaria (2013) dicen que en el periodo 1990-2010, no hay convergencia entre las 174 regiones que existen en los 17 países de la zona euro, que más bien es la escala país la que determina el progreso de las regiones, con raras excepciones como puede ser Cataluña en España o el centro norte en Italia. Según Arellano Garza (2006) las regiones españolas convergieron durante el periodo 1955-1979 y divergieron en los años de la descentralización: desde 1979. España e Italia aparecen como los casos de mayores asimetrías. Subirats (2007 y 2012) explica los pobres resultados obtenidos por la pérdida de peso del Estado: hacia arriba, en las instituciones supra estatales; hacia abajo, por la descentralización; y hacia los costados, por el incremento de la gestión privada de servicios públicos. El autor plantea que la administración central no puede confiar sólo en unos pocos mecanismos compensatorios.

A una conclusión similar llegan en el sector de la salud Moreno, del Pino, Marí-Klose, Moreno-Fuentes (2014) cuando muestran que la convergencia se logra al menos en parte en cuanto a la inversión, pero menos en lo que hace al impacto y dicen que la descentralización alienta este problema. Barros, Barry, Brand, Brouwer, De Maeseneer, Jönsson, Lamata, Lehtonen, Marušič, McKee, Ricciardi y Thomson (2015) ofrecen un pormenorizado análisis donde se muestran diversos indicadores al respecto y llegan a las mismas conclusiones.

En la práctica, veremos a continuación que la mayor parte de los países sobre todo desarrollados han intentado la separación mencionada entre entes, pero hay diferencias en los esquemas; y no todos lo han hecho en contextos descentralizados.

El modelo inglés tuvo siempre un fuerte control central, con el Ministerio de Salud en tareas de regulación y de rectoría del seguro y éste (el NHS) como órgano independiente de derecho público con control estatal, funcionando en la gestión, como responsable de la garantía de la prestación. En la década del dos mil se produjo un cambio importante, se le quitó al Ministerio la gestión del financiamiento que pasó al NHS Commission Board Authority,

que ha cambiado de nombre pero sigue realizando esa tarea; la evaluación de la tecnología la realiza el poderoso National Institute for Health and Care Excellence (NICE), que es independiente del ministerio y del NHS; los seguros son controlados por la Competition and Markets Authority, con fuerte autonomía pero con participación estatal en la conducción.

En la práctica, los seguros operan con entes regionales que representan desconcentraciones, con una junta directiva y que se financian mediante transferencias. Éstas inicialmente se realizaban según cantidad de población y características demográficas, ajustadas por asimetrías en los precios regionales. Las regiones son cada vez más grandes y el componente de equidad regional va desapareciendo, porque se supone la convergencia, la ausencia de organismos descentralizados de promoción y prevención primaria de la salud –junto a la mayor autonomía de las unidades– parece atentar contra la unidad del sistema.

En Francia la división de tareas es similar aunque con menos entes autónomos. El Ministerio define el presupuesto, las tarifas médicas y los reembolsos. Al principio el seguro nacional de salud se apoyó en el seguro de los empleados (CNAMTS) que pasa a ser una institución administrativa pública nacional, con autonomía y sujeta a control ministerial, que lleva adelante la gestión general, la coordinación de los seguros, las transferencias a las cajas, los acuerdos sindicales. Desde los años dos mil está la Unión Nacional de los Seguros de Enfermedad (UNCAM), con la tarea de unir y coordinar a la CNAMTS con los otros dos seguros sectoriales: la Mutual Agrícola y la Caja de las profesiones independientes. La evaluación de la tecnología la realiza la Haute Autorité de Santé (HAS) dependiente del Ministerio. Los seguros son controlados por la Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, una identidad autónoma, regulada por el Banco de Francia.

El CNAMTS cuenta a nivel local con los fondos de salud locales financiados mediante transferencias y comandados por juntas de representantes. Estos organismos recibieron siempre un monto en base a una suma fija más un coeficiente de ajuste de riesgo rudimentario por edad y otros componentes regionales que ya han desaparecido. Por otro lado se mantuvo en el tiempo –a diferencia de lo observado en el Reino Unido– el formato de agencias gubernamentales (hoy las Agencias Regionales de Salud-ARS) que abarcan varios departamentos (han tenido diversos tamaños) y son responsables al menos en teoría del control de los seguros y ciertos objetivos específicos. Reciben fondos nacionales establecidos en base a los presupuestos del Ministerio de Salud y Seguridad Social, pero sin muchos recursos, entran a menudo en coalición con los seguros regionales.

En Italia hay menos división de tareas porque no hay un seguro nacional. El Ministerio de Salud define el Plan Nacional de Salud y el presupuesto así

como los acuerdos sindicales y los tickets. Los gobiernos regionales replican el modelo y definen los planes de salud regionales y los presupuestos propios para la salud, además el rol de las áreas territoriales (ASL), de las cuales depende la provisión de los servicios. La evaluación de la tecnología la realiza la Agencia Nacional de servicios sanitarios regionales (Agenas), autónoma.

Las mencionadas ASL son estatales, dependen de la Región pero están dotadas de autonomía; son responsables de la APS y de una parte de los hospitales. La performance de las mismas depende de la región a la que pertenecen, es claro que las del norte y centro norte tienen más fondos debido a que tienen mayor recaudación propia y gozan de una institucionalidad más eficiente. Los ministerios regionales en alianza con algunos municipios llevan a cabo tareas de promoción mediante proyectos específicos, pero el fuerte rol de las ASL limita sus posibilidades.

En España, el gobierno nacional tiene menos atribuciones y las que tiene, a veces se superponen con las Comunidades Autónomas a partir de la descentralización de 1978. Hay una coordinación que es del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que define la canasta de servicios universales para todo el país. La evaluación de la tecnología la realiza la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III dependiente del Ministerio. Los seguros son controlados por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Las regiones tienen diversos modelos institucionales.

Las Comunidades Autónomas son responsables cada vez más de la recaudación y de la gestión de los servicios, entre ellos, la salud. El proceso se inició en las comunidades más ricas como Barcelona en los ochenta para finalizar en 2003. A su vez hay casos que dividen su servicio a nivel subregional, por ejemplo, el País Vasco tiene tres Direcciones Territoriales, Andalucía tiene catorce Áreas de Gestión Sanitaria, Aragón tiene ocho Áreas de Salud, Cataluña tiene siete Regiones Sanitarias. Las Comunidades tienen sus Servicios de Salud completamente estatales, los que en general definen sus propias canastas, por encima de la canasta nacional y son la estructura administrativa y de gestión que organizan la red de establecimientos públicos y controlan los privados en el territorio. Si bien inicialmente hubo fondos compensatorios, éstos hoy casi han desaparecido. Por eso existen importantes diferencias en cantidad y calidad de la cobertura entre comunidades, las mismas no son atemperadas mediante otros mecanismos por la falta de entes locales específicos.

En Canadá sucede algo similar, el Ministerio Federal (Health Canada) realiza una propuesta de listado de cobertura universal que se aprueba por ley y sólo tiene un rol más activo en cuanto a las transferencias para garantizar una cobertura mayor, especialmente de medicamentos. La evaluación

de la tecnología la realiza la Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health independiente, pero que debe rendir cuentas a la Conferencia federal, provincial y territorial de vice-ministros de Salud. Los seguros son controlados por el Ministerio de Economía.

Por su federalismo, los Ministerios de salud provinciales son los principales actores públicos del sistema, pueden ampliar la cobertura de esos pisos exigidos por la ley federal. En los sesenta se estableció un mecanismo de transferencias que representaban un porcentaje elevado del gasto, en la actualidad alcanzan el 24%. A nivel provincial la subregionalización ha sido diversa, por ejemplo Ontario creó 14 Local Health Integration Networks, intentando paliar la falta de coordinación en el territorio. Por el contrario, Alberta ha vuelto a unificar su sistema, constituyendo el Health Alberta luego de tener 9 regiones. Si bien los fondos nacionales han disminuido, la bibliografía no da cuenta de las diferencias regionales de Italia o España.

En Estados Unidos, el Department of Health and Human Services (HHS) es la Agencia Federal que define la política sanitaria en general y las líneas de acción para los seguros públicos. La evaluación de la tecnología la realiza la Agency for Healthcare Research and Quality dependiente del mismo organismo. Los seguros privados son controlados por los Comisionados de los Estados federales, en muchos casos adheridos a un organismo autónomo, la National Association of Insurance Commissioners, con representación de todos los Estados.

Los seguros públicos mencionados deben ser aprobados por los Estados. Los mismos son gestionados por el Center for Medicare and Medicaid Services, dependiente del HHS y con oficinas desconcentradas en todo el país. Las diferencias provienen fundamentalmente de los Estados que no han aceptado la extensión del Obamacare, allí muchos más pacientes adolecen de falta de cobertura.

En América Latina

La cuestión de la separación de funciones en América Latina está poco abordada en la bibliografía. La descentralización en cambio ha sido un tema permanente, sobre todo en el universo teórico y metodológico del NI pero también en los enfoques que ponían el acento en el fortalecimiento de la sociedad civil, de matriz socialdemócrata, que en América Latina ha tenido su expresión en autores como Boisier (2004) o Madoery (2001).

Dentro del primer enfoque, el Banco Mundial (1993) y el Banco Interamericano de Desarrollo (2001 y 2008) han sido impulsores fundamentales de esta política a partir del argumento de que la transferencia de la gestión genera una responsabilidad mayor en los agentes debido a la proximidad de

la oferta y la demanda en el nivel local siempre y cuando exista competencia (Londoño & Frenk, 1997).

Con esa base, en los documentos que ya fueron analizados y en los que evalúan las reformas de los años noventa, se asume que el proceso no fracasó, más bien que no fue profundo porque los gobiernos centrales se quedaron con muchas incumbencias o los gobiernos locales no tenían las capacidades institucionales, fiscales y financieras necesarias (Gottret & Schieber, 2007; OCDE, 2012). Pero De la Cruz, Pineda Mannheim & Pöschl (2010) reconocen que los países más halagados, Chile y Costa Rica, han sido históricamente muy centralizados. Igual proponen ir a fondo con la descentralización para que la misma funcione eficientemente.

Para la misma época Giedion, Acoña, Castaño, Pinto & Ruiz Gómez (2010) dicen que uno de los problemas más importantes es la incoherencia entre la gestión financiera descentralizada y la propiedad de las instalaciones públicas, tema recurrente en la reforma de salud en América Latina.

En cuanto a la Cepal, esta institución tiene un largo camino alrededor del tema de la descentralización como forma de fortalecimiento de la sociedad civil en la versión que hemos llamado socialdemócrata. En esa línea, por fuera del debate fiscalista, Albuquerque (2004) dice que no puede haber transferencia de servicios sin un modelo de desarrollo económico, ya que éste asegura –y no al contrario– la dotación de capital y de capacidades, es el único que hace un planteo general del problema.

En los debates específicos en el contexto de la Cepal encontramos las dos posiciones: Galilea, Letelier y Ross (2011) en un largo y complejo trabajo, parecen valorar junto al BM y al BID que de a poco, la descentralización permitió contener el déficit, sirvió para estimular la asociación con privados, que alentó la construcción de mercados adecuados, al mismo tiempo es un mecanismo idóneo para el desarrollo profesional y la contención social. Parecen plantear que el problema es que se ha interrumpido el proceso de responsabilización fiscal y de control local, porque no hay capacidad política y técnica suficiente. Proponen mecanismos institucionales y de coordinación, también fortalecer capacidades, etcétera.

Al contrario, el influyente Mesa Lago (2005) opinaba que los supuestos efectos positivos de la descentralización no se han visto y eso debido a que la misma se hizo de forma precipitada e improvisada. En esta misma posición está la mayor parte de los especialistas que han estudiado la descentralización específica en el sector de la salud. Di Gropello y Cominetti (1998) hacen hincapié en el clima de ajuste como algo negativo y como Mesa Lago no ven los efectos positivos. Bisang y Centrangolo (1997) y Centrangolo y Devoto (2002) para el caso argentino, son más directos, apuntan a los serios problemas de equidad y eficiencia que se generaron debido a la provincia-

lización y los atribuyen a que el proceso fue realizado sin apoyo del Estado nacional y en el marco de las heterogeneidades estructurales regionales difíciles de modificar.

En el contexto de la Organización Panamericana de la Salud no hay documentos que aborden esta temática durante los noventa y principio de los 2000. Ya *ex-post*, OPS (2006 y 2010) dentro de las críticas generales a la reforma, le apuntan a la descentralización. La valoran conceptualmente en la medida de que acercan la administración de salud a las personas, pero afirman que ese proceso ha generado más problemas de coordinación, lo que se multiplica a nivel regional con efectos desintegradores, esto se explica y a la vez ocasiona una debilidad en la capacidad rectora de la autoridad sanitaria. La solución propuesta es ambigua, por un lado, la reconstrucción del rol del Estado nacional, por el otro, la generación de espacios de participación, como forma de movilizar recursos locales para dinamizar las redes integradas de servicios y como *accountability* en un modelo descentralizado. OPS (2011) hace el mismo planteo para explicar el caso argentino.

Es evidente que en los trabajos del BM, BID y algunos autores de la Cepal, la descentralización funciona bajo ciertas condiciones (que cambian según el enfoque), siempre el desafío es lograrlas y en ese sentido la desilusión cunde, unos pocos autores han planteado los problemas estructurales que la impiden.

¿Qué pasó en la realidad? En Brasil –como en Argentina– la separación de funciones es mínima, sólo que el modelo es centralizado: el Ministerio de Salud brasileño define la normativa y es responsable por la financiación del sistema. El SUS es gestionado por el Ministerio según las definiciones de políticas y distribución de los fondos del Consejo Intergestor Regional (CIR) que reúne al Ministerio y a los consejos estaduais y municipales. Esos mismos actores se reúnen en la Comisión de Intergestores Tripartita (CIT). La evaluación de la tecnología la realiza el Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) para medicamentos y dispositivos, dependientes del Ministerio de Salud. Los seguros privados en Brasil son controlados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria dependiente del poder legislativo, que define sus miembros.

La Secretaria de Salud de la Nación, es el órgano Rector en Argentina, aunque de limitado alcance, la mayor parte de los recursos sanitarios son gestionados por los Ministerios de Salud de las Provincias (para financiar a los prestadores) y las Obras Sociales (que en general contratan con el Sector Privado). En nuestro país la Superintendencia de servicios de Salud es un organismo descentralizado dependiente del Ministerio que regula a la Obras Sociales (a excepción del PAMI, las OS Provinciales, las OS de las Fuerzas

Armadas y las OS de las Universidades Nacionales) y los seguros privados. En Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) tiene características similares a la ANVISA, en cuanto a que es quien permite la comercialización de medicamentos, aunque no es una agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Brasil sí ha avanzado en la descentralización aunque acotada por la importancia del SUS. Las Secretarías Municipales de Salud se encargan de la gestión de la APS y los hospitales, así como otros programas. Las transferencias representan el 50% del total de sus presupuestos y se realizan a través del Fondo Nacional de Salud: una parte para programas federales, otra parte para APS y como pago por prestaciones hospitalarias, sin consideraciones de equidad regional. El esquema explica las grandes asimetrías, ya que muchos Estados y municipios no pueden cumplir los pisos de servicios que se les requiere desde el SUS nacional ya que los fondos propios son escasos. Como vimos en Medina y Narodowski (2015) nuestro país ha sido un caso paradigmático de descentralización en el sentido que se planteaba en el NI, con resultados muy pobres.

En Chile el Ministerio de Salud es la autoridad central. El seguro público depende del Fondo Nacional de Salud (FONASA), los privados de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). La Superintendencia de Salud, ejerce un rol regulador y de control sobre el sistema de seguros público y privado. El Instituto de Salud es la autoridad de aplicación en medicamentos y tecnología, autónomo. Del Ministerio dependen los hospitales pero la APS (consultorios, postas rurales y estaciones) pasa a depender en los ochenta de las municipalidades, cuyas autoridades son electivas, aunque el contexto general es el de un país unitario. Los proveedores estatales se financian con los fondos transferidos, que no tienen un ajuste por motivos regionales, generando asimetrías.

En México también hay una cierta separación de roles pero dentro de la órbita estatal, como Brasil y Chile. La Secretaría de Salud propone el presupuesto, tiene unidades de salud a su cargo y de ella depende el Seguro Popular con oficinas desconcentradas. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el seguro de los trabajadores y cuenta con sus propias unidades, de mejor calidad que las de la Secretaría de Salud. La evaluación de la tecnología la realiza el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud) dependiente de la Secretaría mencionada. Los seguros son controlados por la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas dependiente de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En cuanto a la gestión, en los noventa se transfiere a los Estados la responsabilidad de una parte de la atención primaria y los hospitales, otra

quedó en la Secretaría de Salud. Hoy todos le proveen servicios al Seguro Popular, de nivel nacional, que se convirtió en la fuente principal de recursos. El IMSS conservó sus centros que le proveen a los trabajadores afiliados. Es una descentralización muy acotada.

En Colombia desde 1993 la autoridad es el Ministerio de Salud y el ente regulador de los seguros es el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS- Colpensiones). También hay que mencionar el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud (FOSYGA), una cuenta dependiente del Ministerio pero con parámetros legales que canaliza los fondos aportados por los asegurados y por el Estado para afrontar los gastos del sistema no contributivo y los costos no cubiertos de accidentes. En 2011 se crea la Superintendencia Nacional de Salud que controla los seguros privados expost. La evaluación de la tecnología la realiza Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, de carácter autónomo, con patrimonio propio, con un órgano ejecutivo compuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, el INVIMA, el Instituto Nacional de Salud, Colciencias, Ascofame (que representa a las Facultades de Medicina) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. Es el país que más fuertemente ha probado la separación de roles.

A nivel de departamentos y municipios, las autoridades son las Direcciones territoriales de salud, con un poder limitado, habida cuenta de que el seguro social es nacional y la provisión privada; aunque cada vez hay más estructuras estatales para la atención de los sectores vulnerables. Los más poderosos, como Medellín, parecen estar en mejores condiciones.

En síntesis

En los debates, la separación de funciones parece tener consenso, pero surgen infinidad de alternativas. Este aspecto fue discutido inicialmente por las posiciones críticas pero actualmente parece aceptado. El proceso real ha sido muy heterogéneo: Reino Unido y Francia lo han hecho en base a órganos independientes con participación pública; Italia, España, Estados Unidos, Brasil, Chile y México, como Argentina, con órganos estatales y fuerte presencia del Ministerio nacional y de los Ministerios provinciales, aunque hay matices; Canadá y Colombia son un *mix* de control estatal y autónomo. El Estado parece hacerse cargo de la gobernanza, aunque parece reconocer las dificultades que tiene cuando las funciones están unificadas, pero al mismo tiempo se ha visto que “abrir mucho el juego” tampoco funciona.

En cuanto a la descentralización, el debate fue confuso porque teóricos de diversos orígenes, incluso cercanos al sanitarismo, se ilusionaron con ella, luego los países transfirieron alguna responsabilidad, pero hay casos

paradigmáticos por lo exitosos con procesos muy acotados, de desconcentración y ha habido procesos de descentralización muy diversos, algunos típicos del NI, muy cuestionados, como el argentino.

Entre los primeros están Reino Unido y Francia, pero aquí hay un intento de sostener las regiones con funciones específicas. En ambos las decisiones se toman en el nivel central y no hay un aporte local significativo, por la influencia normativa de los seguros y porque, como se verá luego, la provisión es privada o autónoma. Esto perjudica las acciones de promoción. Tampoco ha habido procesos profundos de descentralización en Chile, México y Colombia (con responsabilidades compartidas entre los diversos niveles en Chile, unidades de la Subsecretaría de salud mexicana y hacia unidades principalmente privadas en Colombia) que reciben un pago por parte del seguro nacional (AUGE, SP y no POS) para cubrir a los sectores vulnerables. Del mismo modo funciona el caso norteamericano. En los tres países mencionados el problema gira en torno a las grandes diferencias socio-económicas y a lo acotado del aporte estatal, lo que determina la exclusión y la fragmentación. De todos modos, la estructura va en contra de la promoción de la salud.

Entre los segundos, es decir, con fuertes procesos de descentralización están Canadá, España, Italia, como Argentina, todos con una cierta garantía de cobertura nacional y listas positivas nacionales y regionales, transferencias coparticipadas acotadas y por ende, fuertes aportes y autoridades de aplicación locales. Brasil está entre los países del párrafo anterior y éste, porque el SUS tiene gran peso pero hay un importante aporte de Estados y municipios.

En Italia y España y Argentina, pero también en Brasil, se verifican fuertes asimetrías regionales difíciles de resolver y con tal desfinanciación en algunos casos que no pueden de hecho realizar promoción y prevención. Es que este tipo de modelos tiende a asegurar una cobertura mínima para todo el territorio y un cierto nivel de fondos nacionales, pero las diferencias en las capacidades financieras y técnicas regionales/locales para generar más y mejor cobertura son muchas, las regiones con menos recursos se quedan en el nivel mínimo y ajustan fundamentalmente por calidad. Y mientras, el Estado nacional ha perdido su capacidad para realizar políticas de equidad geográfica al interior del sistema de salud, todo pasa por el modelo de coparticipación.

Por lo visto, hay dos modelos, desconcentrado y descentralizado, cada uno tiene sus particularidades, lo que subsisten son las asimetrías de base y el problema del gasto estatal per cápita, por lo que la cuestión de fondo radica en el modelo de desarrollo.

1.5. LA PROVISIÓN:

SITUACIÓN GENERAL Y NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN

Ahora analizaremos el proceso de provisión, tema central para asegurar el acceso a la atención y la calidad, en el contexto de una necesidad de imperiosos cambios en los modelos de atención dado el aumento exponencial de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), que aún no encuentra techo. Para ello hay que abordar la fortaleza de la estructura de APS y hospitales, el rol que ocupan en el sistema y los modelos de gestión y pago. Este último es el punto en que veremos más heterogeneidad.

De más está decir que ha sido la OMS la que ha impulsado la atención primaria, sobre todo en los trabajos que se ocupan de la prevención, la promoción, la integralidad de los sistemas y la participación familiar y comunitaria, en los ochenta con un fuerte cuestionamiento del hospital tradicional y planteando la necesidad de ir a un sistema hospitalario flexible (WHO, 1985 y 1999). Por entonces aparecen diversos documentos, pero especialmente Starfield (1998) en el que la autora define y operacionaliza la APS para evitar que se la entienda en una versión estrecha. La atención primaria debe garantizar según la autora, el primer contacto, la relación personal y continua entre el médico y el paciente, la atención integral y la coordinación. Pocos años después, en Macinko, Starfield, Shi (2003 y 2007) se muestra que la estrategia contribuye efectivamente a disminuir la mortalidad, pero también se alerta sobre el hecho de que pocos Países Desarrollados la habían implementado según las recomendaciones.

Por eso WHO (2005) plantea la necesidad de una renovación de la APS, pero la institución no parece capaz de ahondar en las causas de las dificultades. En ésta, como en otras publicaciones, no queda claro si se habla de una atención primaria basada en los cuatro principios de Starfield o como *gatekeeper*¹⁶. Por entonces, la fuerte ofensiva teórica para reducir el peso del segundo nivel de atención ya había menguado, los hospitales disminuyeron el número de camas, se han reconvertido varios sectores para generar los hospitales de día, han modificado el rol de los profesionales, se valoran las experiencias que logran flexibilidad y capacidad de adaptación a la problemática del paciente y a la comunidad, pero al mismo tiempo se valora las ganancias de escala. El caso paradigmático –no sin conflictos– ha sido Canadá. Una cosa que ha quedado clara es que se necesita inversión tanto en el primer nivel de atención, en los hospitales, como en los recursos

16 *Gatekeeper* es la concepción de la APS basada en establecer mecanismos de ahorro a través del principio de puerta de entrada. Se intenta controlar el gasto mediante tasas de uso y mecanismos de barrera.

humanos que actúan en ellos. Las diferencias en este sentido influyen en las posibilidades de cada nivel de atención y obviamente en el sistema mismo.

Y en paralelo, la mayor parte de los países han modificado muchos aspectos de la vida de los servicios: la propiedad, los mecanismos de gestión y los medios de pago. Un tema importante, fuera del ataque del NI, era enfrentar la inercia de los servicios estatales, sobre todo los escasos incentivos para atender más y mejor a los pacientes y someterse a controles. La primer reacción en los ochenta gira en torno a la capacitación, pero esos planes no dieron resultado. La idea de una burocracia profesional, construida a partir de una identidad basada en la responsabilidad, parecía insuficiente para garantizar la eficiencia y había que buscar una solución.

En los Países Desarrollados

Contra lo que podría pensarse, la bibliografía de los Países Desarrollados no parece focalizarse en la privatización de la provisión, solo hemos encontrado en el contexto de OMS a Duran, Saltman y Dubois (2011) y Duran y Saltman (2013) así como los mencionados Docteur y Oxley (2003) que plantean que el sector con fines de lucro brinda una mayor calidad.

La solución que más acuerdo presenta es la de dotar de autonomía a las unidades públicas, es decir que éstas tengan un estatus que las obligue a enfrentarse con castigos en casos de ineficiencia y a gozar de premios en caso de éxito. Con ella se rompe con los presupuestos históricos y la inexistencia de la posibilidad de la quiebra y eso juega a favor de la eficiencia. Duran y Saltman (2013) de todos modos reconocen en que este modelo no siempre funcionó como se esperaba, fundamentalmente debido a las fallas de los mercados. Docteur y Oxley (2003) dicen que el modelo de provisión autónoma (como la privada) es más caro. Es que si bien en las entidades privadas o autónomas se verifica la disminución de los costos internos —y por ende de los costos pagados por el Estado por tratamiento— esta reducción se compensa con más tratamientos y altas rentabilidades, generando el desvío hacia modelos médicos no queridos. En los diversos capítulos de Cashin, Ling Chi, Smith, Borowitz y Thomson (2014) parece coincidir que en ciertas circunstancias la competencia no es lo suficientemente abierta o lo es pero no obtura la existencia de rentabilidades excesivas, al menos en relación a otros mercados completamente desregulados de la economía. Y además, si el otro objetivo es transferir riesgos asociados a la gestión, tal vez la mayor coincidencia de la bibliografía es que eso no ocurre, aunque permite visibilizar los subsidios a la ineficiencia. Es que las empresas han sido generalmente rescatadas cuando pasaron por problemas financieros terminales.

Para colmo, hay un sucedáneo de la autonomía, sobre todo en las regiones pobres de Europa: son los contratos por tiempo determinado, típicos del personal que no recibe pagos por servicios o por cápita en los diversos entes. De esto se ocupa poco la bibliografía, pero a veces es un importante modo de flexibilizar.

Al mismo tiempo, buena parte de la bibliografía coincide en que, al enfrentarse con la competencia y la posibilidad del fracaso, se pierde la capacidad que tenía el modelo estatal tradicional de emprender procesos de prevención y seguimiento de los pacientes, también en cuanto a que no generaban sobrefacturación.

En paralelo, por las mismas razones expuestas, se comienzan a recomendar modificaciones en los medios de pago. Se proponen las cápitras, los pagos por días de internación o por ingreso y el pago por servicio basado en grupos relacionados con el diagnóstico (DRG), siempre con la idea de vincular desempeño y retribución. Obviamente cada modelo se replica en los acuerdos con los profesionales, entre los cuales, además del trabajo en relación de dependencia y de los modelos de pagos mencionados, están los contratos precarios por tiempo determinado que ocultan una relación de dependencia.

Hay consenso en afirmar que las cápitras son de fácil administración pero los prestadores soportan todo el riesgo financiero, por eso pueden generar problemas de calidad y escaso incentivo a atender a la población a cargo, se la puede combinar con un incentivo por cantidad de actos. Por otro lado, históricamente las cápitras no reflejaban los diferenciales de complejidad, esto se ha resuelto con un plus. Un elemento problemático es que no consideran los niveles socio-económicos de los pacientes, en ese caso la bibliografía recomienda mezclar riesgos para evitar la selección adversa. En contraposición, el GDR requiere de un diseño sofisticado y sistemas de información, además exagera los problemas de sobrefacturación y produce aumentos de necesidades de financiamiento, por eso este tipo de sistemas se va abandonando (Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson y McKee (2012). Para el específico caso de P4P implementado en la Unión Europea, puede verse la hereogeneidad resultante en cuanto a mecanismos y resultados en el mencionado trabajo de Cashin, Ling Chi, Smith, Borowitz y Thomson (2014) y en Milstein y Schreyoegg (2016). Sobre todo GDR, ha sido cuestionado por flexibilizador, por eso, para resolver el problema de la estabilidad de los ingresos de los profesionales, se le suma un salario básico y pagos extras asociados a objetivos específicos, como la calidad en la atención, la prevención, tratamientos de enfermedades crónicas de calidad, etcétera. Además se puede ajustar por readmisiones, para evitar desbordes.

El complemento necesario para este tipo de innovaciones es la determinación de las prestaciones recomendadas dentro de procesos clínicos, mediante las guías técnicas, un tema recurrente en OMS. Éstas terminan condensando cobertura, copagos, distribución de riesgos y precios de las prestaciones con lo fundamental: el tipo de tratamiento (Hernández-Quevedo, Llano y Mossialos, 2013). Las guías podrían considerarse el lugar donde se sintetizan las batallas sobre eficiencia y equidad del sistema, intentan asegurar la calidad y al mismo tiempo reducir el riesgo de mercantilización (Legido-Quigley, McKee, Nolte y Glinos, 2008). Pero a veces pueden ser una forma de control del gasto por parte del asegurador o de desresponsabilización del profesional.

En síntesis, luego de la primer ofensiva anti estatal, la bibliografía parece asumir que lo más aconsejable es la convivencia de diversas formas de provisión, tal vez, en nuestra interpretación, porque la gestión inclusiva de la salud debería aceptar la existencia tanto en la oferta como en la demanda de diversos objetivos y formas de trabajo, incluso múltiples identidades, compromisos con diferente peso de lo mercantil (no siempre reflejo de la situación económica de los actores) y al mismo tiempo debería rechazar las modalidades extremas, que fomentan tanto a actores rentistas como a otros descomprometidos. Un paso adelante respecto a la situación actual es lograr que el Estado, el seguro público, la provisión pública más comprometida y las redes atiendan a los sectores vulnerables y logren mayores niveles de coordinación y control en el ámbito de los otros seguros, otros proveedores y sus respectivos pacientes.

Ya están puestos sobre la mesa los debates que giran alrededor de los beneficios y los costos de tener más o menos hospitales, más o menos APS, de las innovaciones en la gestión y los medios de pago. El debate sigue, veremos que en la realidad las experiencias son muy variadas

En la práctica, los sistemas de salud son el resultado de las diversas combinaciones de los temas hasta aquí tratados: infraestructuras y recursos humanos, roles de la APS y los hospitales, los *quantums* de unidades de gestión estatal directa u otras formas de propiedad, relaciones laborales tradicionales o no, importancia de los parámetros del derecho privado o del tercer sector en las unidades públicas; formas de pago, etcétera. Veamos los diversos casos.

En el Reino Unido hay un modelo de primer nivel de atención fuerte, autónomo que recibe pagos per cápita y que es muy elogiada. Desde 1991 se intenta que los médicos (General Practitioners-GP) controlen el proceso, primero dentro de los Fund holders, luego como Primary Care Team (PCT). Desde entonces es un paso obligatorio para luego ir al especialista, y sin copagos. Actualmente existen los Grupos Clínicos Comisionados (CCG), que directamente reciben una cifra global según los pacientes registrados,

ajustada por variables diversas y un factor de compensación salarial, según el Marco de Calidad y Resultados (Quality and Outcomes Framework, QOF). También con conducción médica e inscripción obligatoria. Los médicos cobran por servicio. Lo novedoso del esquema es que el CCG recomienda y orienta el financiamiento de la atención en el nivel sucesivo¹⁷.

En cuanto al sistema hospitalario, antes que nada debe decirse que Inglaterra como todos los Países Desarrollados está obviamente entre los países de mayor infraestructura, tiene un promedio de 2,8 camas por mil habitantes, el 76% públicas; si bien las listas de espera han sido siempre un problema, este tema se ha resuelto en parte con las camas privadas de menor complejidad (el 22%), claro que esto a costa de los problemas de inclusión de los sectores vulnerables. Estas estructuras han seguido un camino similar a la APS, en la reforma del 1991 se crean los *trusts*, con personería jurídica y pago por resultados; luego aparecen las fundaciones en las que el capital privado es muy importante, hoy son la mitad de las unidades totales. Desde antes de Thatcher los médicos pueden atender en ambos sectores. Luego se siguen creando alternativas privadas: los centros de tratamiento del sector independiente, ubicados en terrenos públicos, y los “centros de tratamiento”, con niveles de ingresos garantizados, las “Academic Health Science Networks” muchas de base tecnológica. En 2008 se implanta la política “Cualquier proveedor calificado (AQP)” para incentivar la libre elección del paciente, pero dentro de su zona geográfica. Las opiniones generales en el Reino Unido sobre los hospitales son muy positivas.

En Francia el primer nivel de atención es responsabilidad de profesionales independientes en múltiples y bastante bien distribuidos consultorios pequeños y de formato tradicional y se cobra por paciente un copago del 30%. Desde la reforma de 2004 los pacientes mayores de 16 deben registrarse con un médico de cabecera, no es obligatorio pero hay incentivos para pasar por él antes de ir al especialista. Hay libre elección y pueden salirse de su área geográfica, pero como en otros países hay problemas de vacantes. La crítica viene por los diferenciales de calidad de los médicos y por la falta de coordinación entre niveles.

Los hospitales tienen un promedio de 3,6 camas por mil, más que el Reino Unido, incluso por encima del promedio de la OCDE, pero menos cantidad de camas públicas (el 62,3%), el porcentaje asciende a un número similar si sumamos las del mutualismo. Pasa lo mismo que en Reino Unido, en los hospitales privados se realizan los tratamientos más simples, aunque hoy representan un 25% de la atención de los pacientes del seguro general.

17 En todos los casos, son modelos de transferencia de la responsabilidad en la gestión y el riesgo financiero a los General Practitioners del primer nivel de atención como *gatekeeper*. Y en cada caso se ha intentado ir mejorando los incentivos a la colaboración.

También el proceso es similar, en los noventa se crean los hospitales regionales (ARH), con cierta autonomía financiera, por el Plan Hospital 2007 pasan a tener más autonomía administrativa y financiera, pero la injerencia de las autoridades es mayor, el director es elegido por el Ministro de Salud y el consejo es designado por el intendente de la comuna. Se mantiene un fuerte rol de la profesión médica, aunque hay un director general que coordina los asuntos financieros. En esa reforma surge el pago por servicio aunque se mantiene las subvenciones al hospital público por investigación y enseñanza, por el servicio de emergencia y trasplantes, cifras que pueden representar hasta un 25% adicional del presupuesto.

En cuanto a figuras innovadoras, desde el 2009 se pueden crear una o más fundaciones hospitalarias, los Establecimiento de Salud privado de Interés colectivo (ESPIC), sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho privado, no sujetos a limitaciones en su organización interna, pero los médicos son nombrados directamente por el ministerio y los salarios se negocian por cargo a nivel central.

En Italia, el primer nivel de atención lo ejercen los médicos de familia en consultorios pequeños controlados por las ASL y que cobran un sueldo en relación de dependencia. No existe en este nivel el espíritu independiente y privado de Reino Unido y Francia. Las ASL tienen autonomía financiera pero son dirigidas por autoridades elegidas políticamente; reciben de su región una cápita por paciente nominalizado. Éstos deben estar registrados pero no es obligatoria la prescripción del médico de familia para hacerse atender por un especialista. En los análisis del funcionamiento del sistema, sobre todo en las grandes ciudades de las regiones menos desarrolladas, el número de médicos de familia por habitante es muy bajo.

Los hospitales en Italia tienen 3,4 camas por mil, superior al promedio inglés y el porcentaje de camas públicas es de los más altos, del 85%. Un 35% de los hospitales públicos tienen autonomía y se financian por GDR, los que no la tienen, dependen directamente del presupuesto global otorgado por las ASL, que sí la tienen. A los médicos de los hospitales públicos se les prohíbe trabajar en el privado, pero pueden recibir sus pacientes en las instalaciones estatales, pagando una parte de sus tarifas al hospital que lo acoge. Un problema central ha sido el financiero, solo algunas regiones han mantenido el equilibrio desde el 2000, las regiones meridionales representan el 87% del déficit. La calidad parece recorrer las mismas asimetrías.

En España hay un fuerte discurso de impulso de la APS y las regiones invierten en ella, con las asimetrías existentes. La misma se realiza tradicionalmente mediante equipos en centros de salud públicos que reciben una cápita, los médicos de familia cobran un sueldo en relación de dependencia. En los últimos años hay diversos modelos de gestión autónoma o de red,

tal es el caso del financiamiento territorial en la Comunidad de Valencia, incluso en muchas regiones se están implementando contratos con unidades privadas. En ambos casos son un paso obligado para ir al especialista y es gratuito. Si bien hay posibilidades de ejercer la libre elección, hay trabas burocráticas, además existen territorios con carencias importantes, en otras palabras, la gente puede elegir cualquier médico cuya lista no haya alcanzado el número máximo de pacientes permitidos.

En cuanto a los hospitales, España tiene una de las relaciones cama por habitante más baja de Europa, 3,1 aunque las Comunidades Autónomas ricas están muy por encima. Desde los ochenta, a medida que fue avanzando la descentralización de los servicios de salud, fueron incrementando los modelos de hospitales autónomos. Cataluña y Andalucía instauraron consorcios; Valencia instauró el modelo de los hospitales con construcción y gestión totalmente privados (Alzaira), que tuvo problemas de diversa índole. Hoy la mayoría de las comunidades tienen “Empresas Públicas Sanitarias” con fuerte intervención política y un conjunto de instrumentos que fomentan la autonomía, los contratos programa y el uso de GDR. Hay además una importante reducción de los contratos de empleo público. Los resultados de estos experimentos han sido de difícil evaluación por las diferencias existentes entre comunidades.

En Canadá, como en Reino Unido y España hay un fuerte impulso a la APS desde el 2000. La misma es brindada, como en Francia, por médicos de familia y enfermeras en consultorios privados contratados por las provincias y pagados per cápita, como casi todo el sistema, este servicio es gratuito. Si bien no es obligatoria, es normal que sean estos médicos los que realizan las derivaciones, algunas provincias desalientan el acceso directo a especialistas pagando tarifas más bajas por consultas no referenciadas. Los pacientes tienen la libre elección del médico, aunque en algunas zonas la opción queda limitada debido a la oferta disponible.

El número de camas de hospitales ha caído desde los noventa debido a la política de ajuste y el estímulo a la creación de unidades intermedias o de otras formas de atención (hospital de día por ejemplo), actualmente hay 2,7 camas cada mil habitantes, un número bajo que tal vez hable más de eficiencia que de precariedad. Son instituciones sin fines de lucro, con autonomía legal pero con un fuerte control financiero de las autoridades regionales que las contratan y de las juntas hospitalarias que representan a la comunidad. Prácticamente no existe un sector privado de hospitales de atención aguda. Hoy, es de los pocos países que mantiene como forma de financiación los presupuestos globales anuales, negociados con el ministerio provincial. Ontario ha introducido cápitales para casos especiales.

En los Estados Unidos el primer nivel de atención se brinda en forma ambulatoria de manera privada, pero muchos de estos consultorios se manejan con equipos. Las mayores aseguradoras privadas como las Health Maintenance Organizations (HMOs), generalmente tienen al médico de APS como coordinador del sistema, sin él no se puede avanzar a la consulta especializada; dentro del modelo de Preferred Provider Organizations (PPOs) hay menos restricciones, aunque hay incentivos para que el paciente pase por un médico de APS. Salvo en los casos de pobreza extrema, se realizan copagos, éstos dependen del seguro que se tenga.

En cuanto al segundo nivel de atención, Estados Unidos tiene 2,9 camas por mil habitantes, un 70% de hospitales son organizaciones sin fines de lucro, con autonomía y el resto públicos autónomos, de menor calidad donde se atienden los pacientes de los seguros sociales. El modelo es obviamente el que más libertad ofrece de elección ya que hay una enorme variedad de tipos de hospitales, salvo para los pacientes de seguros que tengan una oferta limitada, con cobertura baja o nula fuera del listado de preferidos (PPOs). Es un modelo caro en promedio y muy desigual, del que resulta difícil obtener una conclusión general.

En América Latina

En América Latina de algún modo se reproducen los discursos sobre los roles de la APS y de los hospitales, pero el punto de partida es el de una infraestructura muy inferior. Como ya dijimos, el rol de la atención primaria surge en los documentos de la OMS/OPS en los ochenta; en la década sucesiva, hay un intento poco exitoso en OPS de reemplazar el espíritu de Alma Ata con un modelo de desarrollo local coherente con el neo institucionalismo es la propuesta ya mencionada de los Sistemas Locales de Salud (SILO).

En los 2000 la evolución va paralela a lo dicho para OMS y por eso en 2003 el Consejo Directivo de la OPS intenta dar un nuevo impulso, en 2005 se firma en la misma línea, la Declaración de Montevideo. Se verifica la misma preocupación por restablecer los principios originales: orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral en un marco comunitario, fomento del trabajo intersectorial para hacer frente a los determinantes de la salud y para contrarrestar el modelo curativo, etcétera (OPS, 2007). El eje está puesto en diferenciarse del rol de *gatekeeper*, es decir, de simple puerta de entrada, tan claro en BM y el BID y en evitar la generación de una cobertura de bajo costo, legitimadora de las diferencias. Por entonces empieza a asociarse la atención primaria a las redes, tema que analizaremos luego.

Claro que, como dijimos, el rol de la atención primaria y de los hospitales se asocia a su propiedad y a las formas de gestión, en este sentido el

debate es muy poco atractivo ya que sólo reproduce las posiciones generales sobre las reformas. Los ya citados Banco Mundial (1993), Banco Mundial (1996), Londoño y Frenk (1997), Ferranti, Perry, Ferreira y Walton (2003), Panadeiros (2012) naturalmente completan su propuesta de descentralización y cuasi-mercado. Como sucedáneo, en el sector público, la autonomía, con los mismos instrumentos. Se reconocen problemas, sobre todo relativos a la corrupción, pero la propuesta es aumentar la competencia. En algunos autores aparece la desregulación laboral (Giedion, Villar & Ávila, 2010; OCDE, 2012). Se habla constantemente de los problemas de gestión del hospital público sin reconocer las limitaciones de contexto y de financiamiento, muchos menos se habla de las tremendas fallas en el mercado de seguros y clínicas privadas en varios países paradigmáticos: por ejemplo Chile y Colombia.

En Cepal siguiendo su línea, se duda del mercado y se propone directamente ampliar la oferta estatal; en lo que hace a formas de pago, proponen las cápitras con diferentes ajustes, contra de los pagos por servicio (Sojo, 2000; Cercone, 2006 y Cepal, 2006). Mesa Lago (2005) pone énfasis en los obstáculos estructurales al funcionamiento de la competencia en la provisión. En cuanto a los métodos de pago por servicios dice que han servido para estimular la puja entre el intento de sobrefacturación del proveedor y el ajuste del pagador. Estos documentos no se focalizaban en la autonomía, si lo hacían por ejemplo los trabajos que evaluaban la reforma argentina de los noventa. Tanto Tafani (1997) como Bisang y Centrángolo (1997) y Centrángolo y Devoto (2002) valoraban la estrategia en la provincia de Buenos Aires, aunque reconocían que la misma no había tenido el efecto esperado, las soluciones planteadas giran en torno a las regulaciones y el aumento de las capacidades; los segundos mencionados ponen más énfasis en el fortalecimiento y la refuncionalización de las unidades públicas.

Con su mirada más específica, OPS (2003) plantea que la competencia es la causa del perfil curativo tan cuestionado y de la fragmentación. OPS (2006) dice además que la autonomía en el sector público redujo la solidaridad y la eficiencia global. Estos argumentos son retomados en OPS (2009) y en OPS (2010, 2011 y 2013), en algún caso sugiriendo acotar la oferta. En general no se da un lugar preeminente a la provisión pública, más bien se habla de la necesidad de trabajar en forma conjunta entre el sector público y el privado, se propone incluso incorporar a los aseguradores en el modelo. Como mecanismo de pago, se propone el modelo de cápitras ajustadas por riesgo y un componente de inversión pública aparte. También se plantea la necesidad de una mayor capacidad rectora.

Para resolver los problemas del contexto que genera la descentralización y la focalización, surge la propuesta de redes integradas de salud (RISS).

Se trata de “coordinar la fragmentación” mediante una gobernanza única. Claro que como, no se habla de diferenciales de poder, jerarquías, etc, la idea suena voluntarista, Giovanella (2013), como ya se dijo, pondrá el acento en el Estado y la provisión pública de APS.

En la práctica, los países han ampliado la capacidad estatal en el primer nivel de atención y menos en los hospitales, el ejemplo más importante de ese esfuerzo entre los casos estudiados ha sido Brasil. Este país tiene un modelo de primer nivel de atención pública que sólo vimos en España y en Italia. La atención primaria brasilera gira en torno de los centros del Programa de Saúde da Família que ha realizado una fuerte inversión, aunque hay aún muchos centros muy precarios¹⁸. El modelo cubre a toda la población asegurada, gratuitamente, sin libertad de elección, según su ubicación geográfica. Son equipos multidisciplinarios, municipales o estatales y deben autorizar el ingreso del paciente al hospital, pero eso no siempre se respeta. Los profesionales cobran mayormente un sueldo pero hay muchos contratados. De este modo este nivel o la urgencia termina siendo la única oferta de salud y muchas veces escasa, para los sectores vulnerables.

Este diagnóstico le cabe perfectamente a nuestro país, especialmente a la provincia de Buenos Aires, que presenta un esquema y una situación similar, incluso por la presencia en el territorio de centros dependientes de diversas escalas administrativas, aunque las unidades estatales comparten el territorio –sobre todo en los barrios céntricos– con los consultorios privados especializados que trabajan para prepagas y Obras Sociales y funcionan de hecho como primer nivel de atención; termina siendo un híbrido entre el modelo brasilero y México o Chile. La Provincia de Buenos Aires, como vimos en Medina y Narodowski (2015) desde los años setenta ha tenido diversas experiencias tendientes a fortalecer la atención primaria, aún por suerte está presente en la memoria colectiva del sector, el Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS), para dar un ejemplo fundamental. Luego se sucedieron otros modelos, entre ellos las experiencias también analizadas en aquel texto del Programa SUMAR; sin embargo, la descentralización y los problemas presupuestarios atentaron contra el progreso de estas estrategias¹⁹.

El sistema hospitalario brasilero –y nuevamente puede hacerse el paralelo con el argentino– está, como en los otros casos, estancado y tiene un nivel de camas cercano al promedio latinoamericano (2,3 por cada mil habitan-

18 Para paliar la situación se crearon las unidades de atención rápida (UPA), que son estructuras de complejidad intermedia con internación.

19 La bibliografía que puede consultarse sobre el caso argentino es Acuña y Chudnovsky (2002), Maceira (2002), Repetto y Potenza Dal Masetto (2003), Repetto y Potenza Dal Masetto (2012) Crojthovich y Ariovich (2008) y Ase y Burijovich (2009) y Cetrángolo (2014).

tes) con un buen porcentaje de camas públicas, el 66% de nivel estadual o municipal. El peso de las unidades privadas va en aumento. En los últimos 25 años aparecieron formas organizativas autónomas, fundamentalmente los hospitales OSS con independencia y flexibilidad para administrar sus recursos. Sin embargo, siguen predominando las formas tradicionales, basadas en presupuestos históricos; en la fuerza de trabajo se reproduce el modelo de APS, una buena parte está en relación de dependencia pero proliferan los contratos precarios. La bibliografía plantea que los hospitales públicos siguen siendo precarios, mientras los hospitales privados que se basan en gran medida en los pagos del SUS no son mucho mejores, pero obtienen grandes rentas.

El modelo argentino es similar, incluso por el nivel de camas, se diferencia por el mayor peso de las clínicas que trabajan para los sectores medios y altos con otros seguros. En la provincia de Buenos Aires como ya hemos mencionado, se ha seguido el modelo de hospitales descentralizados que otorga algún grado de autonomía, pero la normativa lo ha limitado, la experiencia quedó trunca y hoy las unidades dependen fuertemente de decisiones ministeriales. El argumento ha sido la necesidad de distribuir los fondos equitativamente, aprovechar las compras en escala y el control, pero no queda claro si estos objetivos se han logrado. Como contrapartida los directores tienen escasa capacidad de decisión, especialmente sobre el recurso humano, por lo que la gestión se vuelve rígida.

De todos modos, en los dos países, como sucede en tantos otros, el hospital público sigue garantizando la mayor complejidad y también la cobertura de las situaciones catastróficas, incluso asumiendo el riesgo del sector privado; pero según la etapa del ciclo económico, muchas veces han estado desfinanciados y con problemas de gestión.

En Chile el primer nivel fue siempre –como el especializado– privado. En los últimos años han crecido los centros públicos dentro del Plan de Salud Familiar que incluye un paquete básico de prestaciones para una población registrada en consultorios urbanos y postas rurales con equipos que atienden un alto número de pacientes. No es obligatoria para pasar a la atención secundaria. No hay libre elección y es gratuita. En cuanto a camas hospitalarias, el nivel es algo inferior al de Brasil (2,1), pero la cantidad de camas en hospitales públicos es similar, de éstas unidades, sólo 59 son autónomas, el resto depende de los servicios de Salud regionales. Se intenta avanzar con sistemas de pago prospectivo pero en forma lenta. También hay graves problemas financieros. El Plan AUGE contrata a privados por un total del 10% de su presupuesto.

En Colombia, la atención es diferente si el paciente es del sistema contributivo o no contributivo, para el primer nivel de atención hay centros

públicos que se van sumando a los privados, pero muy pocos y de baja calidad, dependientes de los municipios. Desde 2011 se impulsó el modelo APS basado en equipos básicos de salud, pero los logros son escasos. Lo último es el Programa de Atención Básica del ICSS con actividades vinculadas a la atención primaria. El modelo atenta contra las posibilidades de coordinación. En relación a los hospitales, la cantidad de camas es muy pobre: 1,6 camas por mil habitantes, y con solo el 44% públicas. La reforma de los noventa los convirtió en ESE, entidades del sector público descentralizadas en la órbita local pero con personería jurídica, se les exige eficiencia, pero sus pacientes son en la mayor parte vulnerables, con alto riesgo sanitario. Con la reducción del gasto en 2000 y por las difíciles negociaciones con las aseguradoras (llamadas EPS), los hospitales entraron en crisis y se iniciaron los rescates que implicaron fuertes controles al gasto salarial. La situación de casi el 60% de los hospitales es problemática.

En México, todo parece bastante estancado, el primer nivel de atención ha sido históricamente privado o perteneciente al IMSS y a la SSA, sólo se han ampliado los servicios públicos para responder al SP. Los pacientes del seguro están inscritos y se empieza a exigir este paso para el acceso al nivel secundario. En el primer caso pueden ser contratados por el seguro y reciben una cápita. Las segundas son pocas en relación a los potenciales pacientes, trabajan con presupuestos históricos y tiene graves problemas de financiamiento. El sistema hospitalario cuenta con un número muy bajo de camas (1,6 camas por mil habitantes), el 70% públicas, éstos funcionan como empresas sociales del Estado, con personería jurídica, titularidad de activos, autonomía administrativa y con normas de compras y contratos del sector privado, pero con presupuestos retrospectivos. Dependen formalmente de las secretarías de salud departamentales y municipales. Un 20% de los hospitales del IMSS utiliza GDR. La OCDE (2013) dice que el impacto de la reforma hospitalaria ha sido pobre, que en la práctica pocos Estados dieron el rango de autonomía necesario a las unidades. De todos modos, la falta de fondos parece atentar contra todos los esfuerzos.

En síntesis

A modo de conclusión, como hemos visto, en cuanto a la evolución del debate sobre los roles, no hay dudas de la importancia que todos los autores asignan a la APS y dentro de ésta al primer nivel de atención, pero también hay una valorización de los hospitales. La cuestión se resuelve con la coordinación entre niveles, en la propuesta de OPS, mediante redes, aunque la idea parece voluntarista. De todos modos, es cierto que este consenso a veces disimula la presencia de al menos dos interpretaciones, la de la agenda sani-

tarista y la del NI. Lo cierto es que no puede pensarse la salud hoy –sobre todo por la influencia de la cronicidad– sin una estrategia que entienda la atención como un continuo de cuidados, realizado por equipos multidisciplinares en red, temas que abordaremos en la segunda parte de este libro.

En la provisión, los organismos internacionales siguen confiando en el sector privado. por momentos, en OMS y OPS no parece hacerse una distinción clara, ni a favor de uno ni de otro sector, se pone el acento en acotar la competencia y en el rol regulatorio y de control del Estado. En América Latina, la Cepal y los autores más críticos, referenciados más claramente en el sanitarismo vienen pidiendo el fortalecimiento de la APS y de los hospitales públicos, para que su presencia equilibre el mercado. Este es un punto central del debate.

Lo que estas instituciones no discuten, sobre todo en los Países Desarrollados es la autonomía en el sector público. En América Latina el tema es más controvertido ya que se duda de la presencia de capacidades para llevarla a cabo con éxito, justamente por los problemas que tienen los mercados de la salud, debido a la concentración de los mismos. En los medios de pago hay una tendencia a preferir cápitas con diversos tipos de ajuste, pero también aquí hay grandes problemas por la cuestión presupuestaria. De nuevo la debilidad estructural del Estado y el carácter rentista de los mercados en varias regiones europeas y en América Latina, se analiza poco.

Estas tendencias teóricas se reflejan en la experiencia. En todo el mundo, salvo excepciones, prolifera un discursos pro-APS, en los Países Desarrollados hay una muy buena infraestructura, en América Latina se ha intentado mejorarla, con los límites financieros existentes. Pero los procesos son diversos: sólo son casi completamente públicas en Italia, España y Brasil, y en América Latina crecen los consultorios estatales en función del seguro social. La mayor parte se maneja con presupuestos históricos o cápitas, con contratos del personal en relación de dependencia, en América Latina muchos contratos precarios (más aun que en los hospitales). En Argentina la propiedad del primer nivel refleja la fragmentación del sistema, aunque la influencia de la atención primaria pública es importante. En nuestro país también hay grandes asimetrías y los Ministerios provinciales no siempre han abordado el problema seriamente. En este punto debemos mencionar el SUMAR, que hemos valorado en Medina y Narodowski (2015), también el Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS) enmarcado dentro del Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en siete provincias de las regiones NOA y NEA con asistencia técnica, capacitación y algo de equipamiento. Actualmente se han anunciado en el nivel nacional programas similares aunque el ajuste dificulta su desenvolvimiento.

En la mayoría de los países es obligatorio inscribirse en este nivel pero no siempre es un paso previo para la atención de los especialistas, en algunos casos hay incentivos para hacerlo. Estas son las estrategias que intentan efectivamente resolver el problema de la coordinación que garantice el continuo mencionado. No suele haber libre elección real, porque esto la haría muy costosa. Es gratuita y no requiere copagos según el nivel de universalidad alcanzado por cada país, como en el Reino Unido; en América Latina, como Argentina, y en algunos Países Desarrollados lo es sólo en el primer de atención pública.

Los sistemas más halagados en este tema son Reino Unido, Canadá, Francia y España, en América Latina Brasil: en el primero es autónomo, en el segundo y tercero es privado, ya vimos que en estas condiciones, los seguros públicos limitadamente, o los Estados en el nivel regional o local, terminan generando mecanismos de coordinación y desarrollando las tareas de prevención y promoción, este es un problema que los seguros van resolviendo. En este mismo sentido, como veremos luego, se usa la idea de redes para enfrentar la fragmentación existente. En el tercero y el cuarto, es esencialmente pública, con lo cual es más fácil lograr proyectos integrales, de cuidado continuo y además hay una cierta identidad social que los diferencia de los otros casos.

Argentina y en los últimos años Chile –en menor medida Colombia– también responden a este último modelo de crecimiento de la APS para el segmento vulnerable, pero la importancia del sector privado en la oferta destinada a los segmentos medio y alto, dificulta una coordinación mayor.

A eso se suman en la Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe fundamentalmente, los problemas de coordinación debido a la presencia de una mayoría de hospitales públicos provinciales y a los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) públicos de dependencia Municipal, aunque también hay hospitales municipales (muchos de ellos de menor complejidad).

El tema no se ha podido resolver en los últimos años, nosotros proponemos una red con características particulares en el capítulo 7 pero la Provincia de Buenos Aires acaba de emitir en septiembre 2018 el decreto 1090 que instituye la RED Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención²⁰ y da inicio al proceso que debería confluir en la firma de convenios de colaboración entre provincia y los municipios. Es una norma de carácter administrativa que en realidad impulsa un esquema de equipo de APS y HCE así como un modelo de traspaso del gasto generado por esa ampliación, al municipio: éste deberá afrontar el 25% el tercer año, el 50% el cuarto, el 75% el quinto y el total luego. El municipio debe adherir al

20 El decreto puede verse completo en <www.eldial.com/nuevo/boletinBA/2018/BA180928.pdf>.

modelo sanitario provincial, las características del CAP, equipo profesional, etc y hacer frente a los gastos de conectividad. El decreto no recoge para nada el debate sobre atención primaria que venimos haciendo ni sobre el equipo de trabajo que haremos luego. El presupuesto 2019 no incluye las partidas correspondientes, aunque podría surgir financiamiento internacional, tampoco se dice como hará el municipio en el futuro. Lo preocupante es que ya se han firmado algunos convenios.

Como vimos en la APS, no siempre están presentes los valores que quiso imponer la OPS, hay una tendencia a priorizar su rol de *gatekeeper*; lamentablemente en América Latina y las regiones pobres de los Países Desarrollados, funciona de un modo caótico y más como una atención de bajo costo. Y muy descoordinadamente.

En el segundo nivel, es claro que los Países Desarrollados intentan contener el crecimiento del número de camas y de unidades, pero partiendo de niveles adecuados, estimulando los ambulatorios y los hospitales de día. Otra estrategia de reforma en la gestión ha sido aumentar la escala media. En América Latina hay muchas menos camas por habitantes (totales y estatales) y además ajustes cíclicos, los promedios de camas son muy inferiores.

En cuanto a la propiedad de los hospitales, el proceso en casi todo el mundo ha sido diverso al del primer nivel, ya que en la posguerra hubo una fuerte tendencia a la construcción de hospitales públicos o del tercer sector (este es el caso de Estados Unidos, Canadá y Alemania), fundados sobre la base de presupuestos históricos y estatutos de personal tradicionales, aun allí donde el primer nivel de atención era privado. En estos últimos 30 años, creció la provisión privada o sin fines de lucro, en general atada a la demanda del aumento de los seguros privados, sobre todo en América Latina, en este proceso entró también la Argentina.

Los hospitales públicos tradicionales que dieron sustento al discurso sanitariísta subsisten en todos los países y son mayoritarios en Francia, Italia, las unidades destinadas a los seguros sociales de Estados Unidos, algunas Comunidades Autónomas de España entre los Países Desarrollados y en todos los de América Latina, excepto Colombia. El caso considerado virtuoso aunque cuestionado por lo caro, es el de Francia. En todos los países mencionados de América Latina, también en Argentina hay fuertes críticas al hospital público –que igual sigue haciéndose cargo de los casos de mayor complejidad– pero el bajo gasto per cápita y los problemas de infraestructura obturan en buena medida el análisis. En el conurbano de la Provincia de Buenos Aires hay una gran necesidad de camas y hay un promedio bajo de concentración de las mismas, lo que produce ineficiencia. Y no siempre se han podido implementar otras formas de atención, como por ejemplo, el hospital de día.

La autonomía es mayoritaria en los hospitales que fueron públicos del Reino Unido, muchas Comunidades Autónomas de España, Colombia y las experiencias van aumentando en todos los países. Se distingue en modo positivo el *trust* inglés. Pero por ejemplo, en ciertas Comunidades Autónomas o en Colombia se exacerbó la puja entre seguro y proveedor ya que éstos según los primeros sobrefacturaban para sostener sus ineficiencias y altas rentabilidades; se generaban deudas, posibles quiebras y luego hubo re-estatizaciones. El riesgo lo termino pagando el Estado. Recordemos que la reforma argentina de los noventa junto a la descentralización, aumentó la autonomía, pero el modelo no prosperó en la práctica. En la Provincia de Buenos Aires la normativa se aplica muy limitadamente. El modelo de recuperado de SAMO como tendencia al aumento del autofinanciamiento tiene muchos problemas en ese sentido y no refleja los modelos más actuales. Desde nuestro punto de vista, la mencionada autonomía solo puede funcionar en contextos en los que las elites están sometidas a fuertes controles y los mercados funcionan moderadamente bien.

También paralelo a la legalidad, ha habido cambios en las formas de pago, los presupuestos históricos en el sector público, son cada vez menos. En los centros de atención primaria se cobran a su vez más *cápitales*, corregidas por algún objetivo, incluso aunque las unidades no tengan autonomía.

En los hospitales, incluso tradicionales de España Italia, Estados Unidos se ha preferido los pagos por servicio, fundamentalmente GDR. Los médicos vinculados a procesos complejos de los hospitales y los de las clínicas, suelen quedar atados a esta forma de pago, aunque los últimos, intermediados por las clínicas. De todos modos en la mayor parte de los países los profesionales tienen asegurados sueldos básicos.

El principal problema que tiene el modelo es que hace difícil estimular la promoción y la prevención primaria de la salud. En segundo lugar, es cuestionado por flexibilizador, ya que los profesionales pierden una parte de sus derechos laborales, por eso, en algunos casos para resolver el problema de la estabilidad se le suma ese salario básico mencionado. Pero según como se dé la puja, si bien fue pensado para enfrentar el ajuste fiscal, puede generar una fuerte sobreprestación de parte del proveedor y por ende aumentan las necesidades de financiamiento, por eso deben ir de la mano de las guías clínicas. Por último son complejos administrativamente. Si no vienen planteados junto a guías clínicas serias, generan un sinnúmero de irregularidades tanto del pagador como del proveedor. Las *cápitales* lo van superando pero tienen como vicios, otros inconvenientes.

En América Latina crece el sistema de *cápitales* en general para la atención primaria asociada a los sectores vulnerables. Debido a la restricción financiera y a la gran cantidad de *inscriptos* por médico, esta iniciativa resulta un

incentivo para atender a un grupo seleccionado de menor riesgo o a bajar la calidad, por lo que sirve al ajuste.

El pago por producto hospitalario, no avanza tan rápido en nuestro subcontinente debido a los problemas que tiene y a lo caro que puede resultar. No obstante es atinado considerar que estos sistemas de pago, sobre todo el de GDR, están vinculados a sistemas de información y que incluso hay problemas informáticos aún no resueltos.

En Argentina el modelo de cápitas ha tomado fuerza en estos años, sobre todo a partir de los convenios de PAMI con los hospitales tanto para primer nivel como para mayor complejidad, generando serios problemas debido a lo reducido de los valores y los abusos que comete la entidad nacional con los servicios de salud, en épocas de ajuste. El GDR ha proliferado en la relación entre seguros y clínicas privadas o públicas. Un mecanismo similar de pago, aunque simplificado por el uso de módulos, es utilizado en la relación entre la obra Social de Empleados Públicos, en la Provincia de Buenos Aires y las clínicas privadas pero también con los hospitales públicos, generándose problemas similares a los de las cápitas. El sistema de recupero de costos ya mencionado no parece una herramienta idónea contra estas situaciones.

Finalmente debemos mencionar la importancia, sobre todo de América Latina, tanto dentro de instituciones públicas como privadas, en los diversos niveles de atención, de los contratos por tiempo determinado, típicos de la necesidad de bajar costos en los eslabones más simples de la cadena. Este punto es central para explicar la precariedad de los servicios, en la Provincia de Buenos Aires este aspecto es especialmente preocupante en el primer nivel de atención municipal y se relaciona con las particularidades de la coparticipación.

Dentro de un modelo en que aumenta la APS y se mantiene la importancia de la provisión hospitalaria, han habido cambios en cuanto a propiedad, parámetros de funcionamiento y medios de pago, pero parecen convivir en dosis parejas los esquemas de provisión pública con o sin autonomía y con presupuesto global u otro sistema de pago; con la provisión privada o del tercer sector pero todos tiene sus pro y sus contras; así han logrado mejorar el funcionamiento tanto de un sector como del otro; es evidente que en contextos de elevado nivel de vida, como en las regiones desarrolladas de los Países Desarrollados, hay espacio para este tipo de heterogeneidad,

En las regiones más atrasadas de esos países y en América Latina, contextos de mayor precariedad y con una debilidad institucional manifiesta, fruto de elites rentistas, la realidad ha demostrado que ni la seguridad ni la provisión pública garantizan la eliminación del fenómeno de las cuasirentas privadas extraordinarias, esta parece una realidad incontestable. Incluso en los países como Brasil y Argentina donde la provisión del sector público

es fuerte, no se ha podido evitar la descoordinación, y sobre todo una fuga de fondos ineficientes e inequitativos al sector privado. Las elites son más potentes.

Lo fundamental es reducir la debilidad mencionada con instrumentos idóneos y capacidad técnica del Estado. La presencia de una provisión pública fuerte, con una identidad comprometida y profesional sirve a los mismos efectos, además puede tener –junto al tercer sector genuino– un perfil más adecuado para atender a los sectores vulnerables. Ésta ha sido nuestra experiencia en el Hospital El Cruce. Las redes basadas en el territorio (sobre todo en las que intervienen actores públicos y privados) y la participación comunitaria pueden ser una estrategia adecuada para resolver algunas de estas cuestiones, el tema será abordado luego. La cuestión del riesgo debe solucionarse como ya fue planteado más arriba a través de mecanismos que eviten la selección adversa y diversos instrumentos como pueden ser las Guía Clínicas formuladas técnicamente pero con un sentido inclusivo y en relación a la promoción y prevención.

1.6. LA CUESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, DE SEGURIDAD Y CALIDAD

En los Países Desarrollados

En paralelo, como producto de este cambio de rumbo en los debates sobre de la gestión asociada a la eficiencia, en los noventa toman nuevo impulso, diversas estrategias que podríamos asociar a la seguridad y la calidad.

Se trata de la acreditación y la certificación (generalmente de estándares de calidad), y las acciones tendientes a exigirlos y promoverlos, en este caso en forma de información y de asistencia técnica. Para evitar confusiones diremos que con diversos nombres se designa un análisis, muchas veces obligatorio, completo, tanto de estructura, procesos como de resultados, a partir de los principios de Donabedian (1966) y otro que apunta a recursos y procesos que pueden ser parciales y generalmente voluntarios. En realidad, como veremos, hay una variedad grande de acreditaciones y certificaciones de complejidad diversa, todo depende de la capacidad de referenciación de cada certificadora o acreditadora o de las exigencias y capacidades de las instituciones a acreditar o certificar.

También veremos que la calidad aparece además como un instrumento de planificación macro, sobre todo en Europa, de ajuste de procesos para reducir costos, y como fundamento de los planes de estabilización de los años noventa en América Latina. Y que además proliferan los premios a la calidad, no siempre fundamentados técnicamente, que a veces obran como

discurso publicitario el que permite posicionarse a las distintas instituciones que acceden a los mismos.

Al mismo tiempo aparecen los ya mencionados sistemas de información de la salud. Los mismos han evolucionado en las últimas décadas debido entre otras cosas al esfuerzo de la OMS y OPS y con el impulso de la necesidad de dimensionar los objetivos del milenio. Para ellos es que se han organizado los sistemas de información que tanto recomendaban los organismos internacionales y se establecieron Encuestas y Censos que de algún modo replican el esquema de datos que deben ser relevados y que son expuestos en las páginas de ambas instituciones.

El movimiento de la seguridad se inicia en los Estados Unidos. Como es sabido, en 1917 el Colegio de Cirujanos crea un programa de estándares para acreditar hospitales²¹, en 1950 había 3.200 acreditados. Nacen con el objetivo de la seguridad y el modelo norteamericano sigue hasta la actualidad priorizando este criterio.

Por entonces, diversas asociaciones profesionales crean la “Joint Commission on Accreditation of Hospitals” que comienza a desarrollar esa tarea como una entidad independiente sin fines de lucro. En Canadá nace en 1959 el Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA); el otro gran ente, el Australian Council of Healthcare Standards (ACHS), nace mucho después, en 1974 (WHO, 2003). En 1987 la entidad norteamericana pasa a llamarse “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization” (JCAHO) que desde entonces es la que realiza acreditaciones, no obligatorias. Sus estándares son utilizados en otros países, ya que representa el estándar más elevado de todos los que existen hasta el momento. En esos años y en conjunto con la Joint Commission, nace la Society for Quality in Health Care (ISQua) que es el acreditador internacional más importante del mundo, también independiente y sin fines de lucro, funciona principalmente acreditando a otras acreditadoras. En el año 1991 se constituyó en los Estados Unidos el National Committee for Quality Assurance (NCQA) una institución similar que acredita las organizaciones de atención administrada (WHO, 2003). Medicare tiene su propio sistema de control de seguridad del paciente. También debe mencionarse la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) que provee información pública. Si bien no son obligatorias, la importancia brindada a las acreditaciones por los seguros explica por qué proliferan entre los proveedores privados, pero los hospitales públicos están atrasados al respecto.

A pesar de todo este movimiento, a fines de la década de los noventa, el Institute of Medicine (1999) publica el documento “To err is human: buil-

21 No se trabaja el tema de la acreditación de laboratorios o personal, tampoco temas de seguridad de los órganos, sustancias de origen humano, etc, que exceden este análisis.

ding a safer health system”, informe en el que se aborda la cuestión de los “errores médicos” planteando su importancia. Menciona entre las causas, problemas de infraestructura, falta de capacitación del personal, ausentismo, licencias; e incorpora problemáticas relativas a los aspectos interpersonales de las relaciones. Propone mejorar los recursos humanos, la coordinación entre profesionales y los equipos, generar información para los pacientes y alentarlos a participar en la toma de decisiones, etc. Como consecuencia, la preexistente AHCPR, deviene en Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y se especializa en eventos adversos.

Se inicia una etapa en la que surgen bases de datos con información comparada. En ese orden en 2009 se promulga la Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act que establece las bases para la presentación de informes sobre el desempeño a nivel de todo el sistema y en 2011, el Departamento de Salud publicó la Estrategia Nacional de Calidad. Este marco normativo financió iniciativas como Hospital Compare, un servicio que informa sobre las medidas de los procesos, los resultados de la atención y la experiencia del paciente en más de 4.000 hospitales. En paralelo, la AHRQ publica datos de costo-efectividad de tratamientos y medicamentos, posibles eventos adversos, etc.

El caso del Canadá también nace vinculado a la seguridad pero es diverso por su condición de país federal. Las campañas las lleva a cabo el Canadian Community Health Survey (CCHSA), una iniciativa conjunta de Health Canada, Public Health Agency of Canada, Statistics Canada y el Canadian Institute of Health information (CIHI), que además cuenta con una base de datos sobre el sistema de salud muy completa. CCHSA desarrolla programas de apoyo, en las provincias.

Pero éstas son la real autoridad de aplicación. En Quebec y Alberta las acreditaciones son obligatorias, en Ontario es voluntaria pero hay una política muy activa a través del poderoso Health Quality Ontario que pugna por aumentar las mismas y además desarrolla programas específicos, algunos obligatorios, como el de auditoría de la atención en los servicios de urgencias. También en esta provincia se ha impulsado una red de mejora en cirugías y un programa de capacitación, sobre todo en proyectos clínicos de alto impacto. La Registered Nurses' Association of Ontario lanzó en 2003 el programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO), también hay una variedad importante de premios a la calidad. Estos mecanismos, como ya fue mencionado, a veces sirven para fines de marketing.

Como en los Estados Unidos desde los noventa se apuntó a la producción de datos, informes y análisis de mejores prácticas en unidades a través del HealthLinks. Últimamente se ha creado la Plataforma E-QIP para estimular estos procesos.

En Europa, los países tuvieron evoluciones disímiles respecto al impulso a la seguridad y la calidad y a la obligatoriedad o no de las acreditaciones, pero como Comunidad se puso más el acento desde los ochenta en la incorporación de procesos de calidad internos y en las certificaciones voluntarias, ya sea bajo normas ISO o bajo el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), de esta última también depende el Premio Europeo a la Calidad. En 1995 el Consejo de Europa insta a avanzar en la certificación de los procesos, la generación de guías clínicas obligatorias y la evaluación sanitaria mediante indicadores.

En paralelo la Unión Europea generó diversos estímulos financieros para la organización de los sistemas de información. En los últimos años se ha conformado el European Core Health Indicators (ECHI) que pone a disposición el ECHI data tool. También está el European Health for All database y el European hospital morbidity database. Según Datos.Gob.es, el Reino Unido lidera este tema²². En la mayor parte de los países los sistemas dependen del Ministerio o del Seguro, en conjunto con los institutos de estadísticas, aunque hay casos como Canadá donde se canaliza a través de entidades independientes.

Centrándonos en las políticas nacionales, hemos hecho un seguimiento del movimiento de seguridad y calidad. El primer programa de calidad fue el del Instituto Holandés para la Mejora de la Salud (1979) que desarrolló directrices, sistemas de visitas, elaboración de indicadores y un registro público de esos indicadores. Este sistema de información pública sobre la calidad de la atención y el desempeño de los proveedores funciona hasta hoy, pero aún es muy general (Wammes, Jeurissen & Westert, 2016). En 1996 se produce una reforma que estimula la implementación de sistemas internos de calidad y la autorregulación. Se define como autoridad de control a la Inspección de Salud con participación de las organizaciones de pacientes y extiende los programas de calidad a la atención primaria (Shaw & Kalo, 2002). En los 2000 se incorporan dentro de las directrices, la reinscripción de especialistas, la revisión por pares y las evaluaciones regulares “en el lugar” por parte de los organismos profesionales. Estos controles son obligatorios. Mientras, la acreditación es voluntaria y es realizada por el Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals, independiente, fuertemente relacionado con Netherlands Hospital Evaluation, Netherlands Association of University Hoscarey, Netherlands Organization of Medical Specialists.

22 El Global Health Observatory (GHO) de la WHO puede verse en <www.who.int/gho/en/> y la Plataforma de información en la salud de las Américas (PLISA) de OPS en <www.paho.org/data/index.php/es/>. La base de datos europea puede verse en <https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en> y de la NHS en <www.england.nhs.uk/ourwork/tsd/data-info/>.

Francia fue otro de los primeros países en implementar una legislación al respecto. La ley de 1984 exigió que los comités médicos de los hospitales emitan un informe anual sobre la evaluación de la calidad y en 1991 impuso a los hospitales sistemas de calidad internos. Con el plan Juppe en 1996 se estableció la obligatoriedad de tener en los hospitales un programa de mejoras de calidad, encuestas de pacientes, etc. Desde los 2000 los médicos, parteras, enfermeras y otros profesionales deben someterse a actividades de aprendizaje continuo, que se audita cada cinco años. Por otro lado hay un sistema de acreditación obligatoria cada cuatro años y otro opcional para una serie de especialidades médicas de alto riesgo. Este proceso era controlado inicialmente por la Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) y desde 2004 lo hace la Haute Autorité en Santé (HAS) como organismo autárquico. Por otro lado, hay un sistema de información pública sobre la calidad de la atención y el desempeño de los proveedores, pero ésta aún es muy general. Al mismo tiempo Francia emprendió una serie de reformas incluyendo la difusión de guías clínicas y el desarrollo de sistemas de información médica, como CompaqH, un programa nacional de indicadores de desempeño.

En Alemania, la Ley de 1989 establecía medidas de garantía de calidad como requisito obligatorio en los contratos entre seguros y hospitales. Además se instauró una evaluación comparativa obligatoria de los procesos y resultados hospitalarios (Shaw & Kalo, 2002). En 2004 se crea el Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) como autoridad de aplicación tanto para programas de calidad como para generación de información pública, estos procesos son obligatorios pero las acreditaciones no lo son. Las mismas son realizadas por la Cooperation for Transparency and Quality in Healthcare (KTQ), independiente y con participación de los actores del sistema.

Inglaterra siguió una tendencia similar. En 1999 se creó el ya mencionado NICE que establece estándares de mejores prácticas, pero en temas médicos específicos, no relativos a gestión. En el año 2001 nace la National Patient Safety Agency para estudiar y generar información relativa a los acontecimientos adversos: son los Plan-Do-Study-Act, en diversas temáticas. Más recientemente el NHS constituyó el Safety Thermometer que mide via encuestas la seguridad hospitalaria.

En 2009 nace la Care Quality Commission como entidad independiente para elaborar estándares y acreditar todo tipo de unidad sanitaria, en forma obligatoria. Si los servicios no cumplen con los estándares tiene el poder de emitir advertencias, restringir el servicio, suspender o cancelar el registro, incluso procesar al proveedor. El NHS creó en 2014 el SNS Checkers, un programa que evalúa la calidad de los procesos de cuidado de personas con

discapacidad. Hay otro programa para evaluar las urgencias, dado que se comprobó una menor seguridad sanitaria. Además el NHS estableció un incentivo para bajar las tasas de infección un 10%. También obliga a los hospitales a publicar las cifras de higiene de manos del personal, en base a la cantidad de gel para las manos que utilizan.

España estableció en 2004 los Planes de Calidad con la Ley 16 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, a partir de las siguientes variables generales: protección, promoción de la salud y prevención, fomento de la equidad, apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud, fomento de la excelencia clínica y la evaluación de las tecnologías y procedimientos clínicos y de gestión, acreditación y auditoría de centros y servicios sanitarios, mejora de la seguridad de los pacientes y la práctica clínica, generación de Guías clínicas, Historia Clínica Electrónica. Desde entonces emite Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Luego se instauró la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud y en 2005 se publica el Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (Estudio ENEAS) y el Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (Agra Varela, 2016). En cuanto al desarrollo de temas de calidad y acreditación de instituciones, las Comunidades Autónomas siguieron el derrotero de la autonomía, Cataluña comenzó en 1981, el País Vasco, Valencia la siguieron en los noventa, todos tienen servicios de acreditación y además se siguen otras estrategias de apoyo, pero se diferencian por cuestiones importantes: Cataluña tiene regulaciones fuertes y estructuras dependientes del Estado, la acreditación es obligatoria. País Vasco tiene entidades independientes y, como Valencia, se guían por la metodología de la calidad, el proceso es optativo.

Italia en 1986 instauró Comités de calidad obligatorios para los hospitales y desde 1992 la acreditación es un requisito para el financiamiento. Además se requiere que todos los proveedores de salud pública publiquen una “tabla de servicios de salud” con información sobre: el desempeño del servicio, indicadores de calidad, tiempos de espera, estrategias de aseguramiento de la calidad y el proceso para quejas del paciente. Además desde entonces se exige que todos los médicos bajo contrato con el Servicio Nacional de Salud estén certificados y participen en la educación obligatoria continua. Luego las tareas pasaron a las regiones generando una dispersión importante. El Ministerio de Salud, mediante la Comisión Nacional de Acreditación y Calidad de Atención sólo define las directrices, pero no tiene capacidad de contralor (Shaw & Kalo, 2002).

En América Latina

En América Latina la conformación de los sistemas de información avanza pero de un modo caótico, generalmente dentro de los Ministerios u otro órgano específico. Como también sucede en Argentina, se han constituido encuestas y censos para suministrar los datos requeridos por las estadísticas internacionales, en algún caso, junto a los institutos de estadísticas. El problema es el nivel de descentralización, las dificultades de los hospitales para proveer de información y la capacidad de los organismos centrales para verificarla. Según nuestra experiencia de la PBA, el sistema de estadísticas de las unidades de atención –y por lo tanto la información que producen– sigue siendo poco confiables. De todos modos, una de las pocas fuentes oficiales de información sistematizada es la del sector público que registra la casi totalidad de egresos (pacientes internados). Por su parte las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), tienen un nivel de cobertura del 100%. Es escasa la sistematización del sector privado asegurador y prestador, así como de las Obras Sociales no reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

En relación al movimiento de la calidad, éste es más reciente que lo observado en los Países Desarrollados²³. En la salud el impulso aparece en la Conferencia de Washington de 1989 de la OPS, donde se plantea la necesidad de establecer estándares. En 1992 se presenta el Manual de Acreditación de Hospitales.

A nivel de los países, Brasil fundó por entonces la Organização Nacional da Acreditação, un organismo privado, formado y sostenido por las entidades acreditadoras según el Manual Brasileño de Acreditación; desde 1999 como una continuidad del ente anterior, surge el Organismo de Acreditación (ONA), independiente pero con participación estatal, que acredita instituciones acreditadoras (Campos de Oliveira & Misue Matsuda, 2016). La acreditación es voluntaria. En cuanto a programas de impulso a la calidad, ha habido varios, sobre todo a nivel estadual, pero el más importante en los noventa fue el del Estado de San Pablo. Allí actualmente está vigente el Programa Nacional de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ), la adhesión es voluntaria y se realiza mediante el compromiso con objetivos e indicadores por parte de los equipos de atención primaria ante los gestores municipales, y de éstos con el Ministerio de Salud.

En Chile, el Instituto de Salud Pública, estatal es la institución de referencia para el sistema de acreditación. El Registro de Prestadores Acreditados

23 Hemos dejado de lado los documentos de los organismos internacionales que giraban en torno a la calidad como concepto vinculado a la reforma del Estado ya que en ese sentido se integra a los debates ya planteados.

es administrado por la Superintendencia de Salud que acredita a los acreditadores. La acreditación es obligatoria para los hospitales públicos. Ambos organismos han tenido diversas actividades de apoyo a los esfuerzos de los hospitales con este fin. Las universidades y las escuelas de posgrado se acreditan en la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas.

En lo que hace a planes de calidad, no los hay en sentido estricto pero en los “Compromisos de Gestión” que las unidades presentan en el MINSAL se incluyen objetivos de calidad. Los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) del Ministerio de Hacienda también presentan indicadores de este tipo pero éstos poseen un componente de incentivo monetario.

En México desde 2001 existe la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que incluye la definición de los derechos de los pacientes y la introducción de mecanismos para la presentación tanto de quejas como de sugerencias sobre cómo mejorar los servicios. En paralelo se empezaron a publicar anualmente informes comparativos con indicadores generales, de calidad y mejor desempeño por Estados. Desde 2005 se han llevado a cabo encuestas, pero con el propósito de generar un panorama de las condiciones de salud de la población. Si bien siempre la autoridad de aplicación es la Secretaría de Salud (SSa), se suma la Comisión Nacional de Protección en Salud (responsable de Reglas de Operación del Sistema Integral de Calidad en Salud-SICALIDAD) y la Comisión Nacional para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Existe además el Premio Nacional de Salud COPARMEX. La acreditación de los prestadores del Seguro Popular es obligatoria y la realiza la SSa mediante evaluadores externos, pero el control es casi inexistente debido a la pobre capacidad institucional.

Colombia ejecutó como parte del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) una serie de proyectos orientados, en un primer momento, al diseño, desarrollo y ajuste de los instrumentos del Sistema de garantía de calidad, y a la implementación del mismo mediante acciones de asesoría y asistencia técnica, sobre todo en el periodo 1999-2001.

Finalmente en 2006 se impuso el Sistema obligatorio de garantía de calidad, que incluye todo el proceso de habilitación, acreditación y auditoría, hoy dependiente del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), un ente privado certificante acreditado por la ISQua (Gallegos & Gutierrez, 2016). Para la acreditación, en 2008 se crea el Organismo Nacional de Acreditación (ONA) también de carácter privado con 70% de financiación estatal. La acreditación es voluntaria, prolifera en los hospitales privados. Tanto el INCOTEC como el ONA son acreditantes de acreditantes.

En síntesis

Hemos planteado dos temas vinculados, la evolución del movimiento de la seguridad y la calidad y la conformación de sistemas de información. Que han ido confluyendo. En cuanto a las bases de datos, no hemos encontrado evaluaciones de la credibilidad de las fuentes pero WHO (2010b) decía en relación al dato de causas de defunción, que en ese momento solo 31 de los 193 países que aportaban información lo hacían con gran calidad. Es lógico pensar que los Países Desarrollados ostentaban mejores sistemas de recolección y procesamiento, pero por ejemplo Río, Castelló, Jané, Prats, Barona, Más, Rebagliato, Zurriaga y Bolúmar (2010) decía, para indicadores de salud reproductiva, que en España se verificaban serios problemas de validación. IOM (2001) agrega la problemática de incorporar datos cuando hay diferencias de raza, etnia o idioma, dando el ejemplo de las dificultades que verificaron en los Estados Unidos.

Stockins (2010) graficaba muy bien los problemas de América Latina: decía que no se reportaban todos los casos, que aún se usan más las encuestas que los censos y que los relevamientos no son permanentes, además que se usan diversas metodologías. Pero lo más importante son las dificultades internas, relacionadas con la descentralización, la fragmentación, los problemas de coordinación, la falta de verificación. Dijimos que la Argentina no es la excepción, en estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) tiene buena cobertura y deficiente calidad (por que se registra mal la causa de muerte).

En relación a la acreditación, certificación y calidad, el avance de la institucionalidad no se detuvo nunca, sobre todo en los Países Desarrollados. América Latina fue muy a la zaga, muchas veces la laxitud de los controles contribuye a aceptar la precariedad de la atención, tanto en el sector público como en el privado, en este segundo caso, legitimando una oferta cara y de baja calidad para beneficio de los empresarios.

Argentina ha tenido un proceso similar, también con acreditación nacional voluntaria y han surgido diversos programas que apuntan a estimular la calidad²⁴. Las clínicas privadas más prestigiosas han logrado acreditaciones internacionales. A nivel nacional existe una sola acreditadora que es privada: el ITAES; actualmente tiene sus manuales acreditados internacionalmente por la ISQUA, pero son muy pocos los establecimientos acreditados y prácticamente con ausencia del sector público. Nuestra experiencia en un hospital Público acreditado por ITAES, el Hospital El Cruce, es un ejemplo casi solitario al respecto. La provincia de Buenos Aires, acreditó, a través del INUS (UNLP) 4 hospitales en 2015 (Cordero, San Roque, Carlotto y

24 Una historia del proceso puede verse en Di Napoli, Mesa (2015).

el Odontológico de Vicente López), aunque esta experiencia luego no tuvo continuidad y recertificación.

Como se ve en el cuadro, en el que se ha tratado de diferenciar el proceso de acreditación y calidad a pesar de la mencionada confusión en el uso de las palabras, predominan las agencias independientes en Estados Unidos y Canadá, Reino Unido, Francia, Alemania, Países Bajos, y algunas Comunidades Autónomas españolas, Brasil y con escasa trascendencia, Argentina; son estatales en pocos lugares, por ejemplo, en Italia, en Cataluña, Chile y México. En Colombia es privada.

Los funcionamientos reales no parecen depender de la propiedad. Si parece importar la distribución de roles, en Reino Unido y Francia están unidas las funciones de acreditación, como evaluación compleja de procesos y resultados, con las de apoyo a la certificación y calidad, como conceptos más generales que admiten programas de variada gama, incluso parciales; están separadas estas funciones en Estados Unidos, Canadá, Alemania, Países Bajos, España y en América Latina. En cuanto a las acreditaciones, la mayor parte de las instituciones tiene estándares propios y son acreditadoras de acreditadoras, en América Latina la excepción es México. Igualmente la Joinn Comission acredita a los más importantes hospitales de cada país, incluso en Europa. Se puede afirmar que aquellos establecimientos acreditados por esta acreditadora internacional, efectivamente pueden demostrar un nivel de calidad y funcionamiento superior al resto. El costo de obtener ese nivel es una importante inversión económica y organizativa, seguramente esta es la más dura.

Las acreditaciones se hicieron obligatorias –directamente o a través de los seguros– en Francia, Reino Unido, Alemania, Italia, Comunidades Autónomas como Cataluña, Chile y México (para prestadoras públicas); en el resto son optativas.

Cuadro 1. Institucionalidad de acreditación y calidad

	Acreditación	Calidad	Ente(s) regulador(es)	Programas que proveen información	Programas de asistencia técnica
Estados Unidos	No obligatoria	No obligatoria	Independientes	Fuertes	Fuertes
Canadá	Depende la Prov.	Depende la Prov.	Independientes	Fuertes	Fuertes
Reino Unido	Obligatoria	No obligatoria	Independientes con participación	Fuertes	Fuertes
Alemania	Obligatoria pedida por el seguro	Obligatoria	Independientes	Fuertes	Fuertes
Países Bajos	Obligatoria	Obligatoria	Independientes	Limitados	Limitados
Francia	Obligatoria	Obligatoria	Independiente	Fuertes	Limitados
España	Depende la CCAA	Depende la CCAA	Depende la CCAA	Fuertes	Fuertes
Italia	Obligatoria	No obligatoria	Estatal	Limitados	Limitados
Brasil	No obligatoria	Depende del Estado	Independientes con participación	Limitados	Pocos Estados
Chile	Obligatoria	Obligatoria	Estatal	Limitados	Fuertes
México	Obligatoria pedida por el SP	No obligatoria	Estatal	Limitados	Limitados
Colombia	No obligatoria	Obligatoria	Privado	Limitados	Limitados

Fuente: elaboración propia.

En definitiva, si bien se mezclan objetivos de planificación macro, seguridad, marketing e incluso de ajuste, las acreditaciones hoy se relacionan claramente con estándares mínimos de funcionamiento y seguridad. Lo que sí es claro es que el discurso muchas veces parece desentenderse de los diferenciales de contexto que existen entre países, regiones y unidades sanitarias. La estrategia termina segmentando aun más la oferta y produciendo concentración, ya que muchos no pueden cumplir con las exigencias. Lombarts, Rupp, Vallejo, Suñol & Klazinga (2009) dicen que una estrategia a nivel europeo exigía una proactividad política que no existe, el mercado de consultoría es muy imperfecto y los mecanismos de control se burocratizan, hay poca ayuda a los que no logran cumplir. Ross, Zeballos & Infante (2000) hacían un análisis parecido para América Latina.

1.7. LA FUERZA DE LOS MÉDICOS Y SU ROL EN LAS REFORMAS

En los Países Desarrollados

Naturalmente, todo lo que se ha analizado hasta ahora estuvo atravesado por el rol de los profesionales de la salud, especialmente los médicos, lo que influye fuertemente en los modelos de gestión ya que éstos han consolidado un poder importante y han incidido en buena medida en las características de los sistemas, en la segunda parte de este libro, el asunto tiene otro tratamiento.

En general, el predominio del consultorio privado y de la contratación en hospitales como autónomos así como la autorregulación explican la impronta individualista de muchos modelos; por eso éste ha sido, sobre todo en Europa y Canadá, un tema central a resolver en el proceso de estatización del segundo nivel en la posguerra y de nuevo, en las reformas contra el comando médico de los ochenta y noventa. La profesión de la enfermería tuvo un derrotero diverso, porque tenían un rol secundario en aquel modelo individualista, se fortaleció algo en la posguerra y sobre todo en los últimos años, los progresos en la profesión, que se relevan en el capítulo 6 explican también el fortalecimiento de sus entidades representativas.

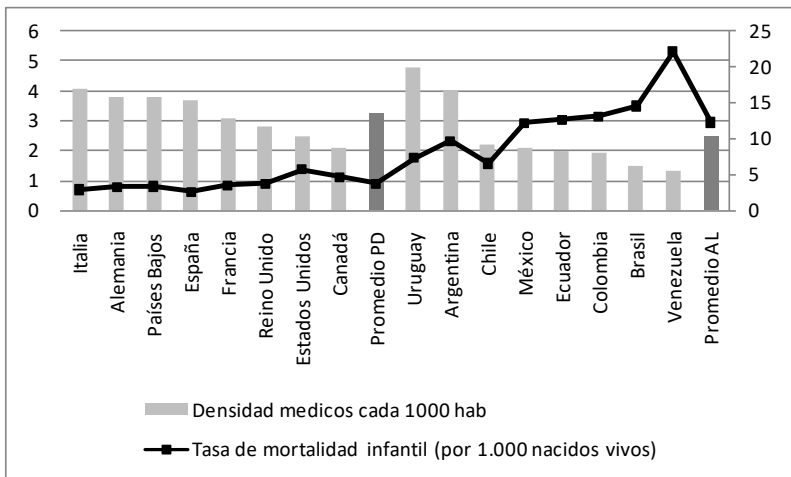
En la bibliografía, estos temas se abordaban inicialmente como un problema profesional y gremial, especialmente en los Países Desarrollados, y en el marco de todas las reformas de la gestión, se lo hace en relación a los cambios en la provisión y a los incentivos para el personal.

En ese sentido, Legido-Quigley, McKee, Nolte y Glinos (2008) en el marco de la OMS opinan que la gestión de la autonomía médica es compleja, que puede generar más individualismo, la solución vuelve a pasar por los incentivos adicionales y que éstos garanticen la prevención y la continuidad de la atención, con control del desempeño vía indicadores y mediante la participación de la comunidad, reglados por las guías clínicas. Giepmans, Dussault, Batenburg, Frich, Oliver, Sermeus (2013) también en OMS dicen que el personal de salud está completamente adaptado a estos mecanismos, recomiendan tácticas proactivas de desarrollo profesional continuo, la generación de una imagen de su trabajo, etcétera, para contrarrestar el individualismo.

Para analizar la realidad de la profesión médica y de enfermería en los diversos sistemas, antes que nada debemos abordar la importancia cuantitativa en cada país, luego de todos los procesos de reforma vividos. Según datos de WHO (2015) y ODCE en línea, la Unión Europea hay una media de 3,4 médicos y 7,8 enfermeras/parteras por cada 1.000 habitantes. Italia, Países Bajos, Alemania y España tienen los niveles más elevados de médicos per cápita, los más bajos están en Reino Unido y Estados Unidos, en

cuanto a enfermería: se ha puesto énfasis en Alemania, Canadá, Francia y Reino Unido. En España e Italia hay asimetrías regionales enormes que el promedio oculta. En ese contexto, además, en los Países Desarrollados hay una afluencia de profesionales de otros países sobre todo emergentes (Aluttis, Bishaw, Frank, 2014). Canadá, luego de mucho batallar para reducir el número de médicos tiene un promedio bajo; la cantidad de enfermeras casi cuadruplica a la de médicos, ésta puede ser una tendencia en el futuro.

Gráfico 3. Datos de Médicos



Fuente: elaboración propia en base a WHO (2015) y OCDE en línea <<https://data.oecd.org>>.

Los mejores salarios están en Países Bajos y Canadá, entre los más bajos están España e Italia. No contamos con datos sobre los ingresos del personal de enfermería, suponemos que hay una correlación alta con estas retribuciones pero en promedios son muy inferiores.

Como sabemos, los sistemas de salud nacieron en contextos en que los médicos ostentaban gran poder. Y lo que surge claramente es que las reformas del sistema especialmente en los noventa incluyeron arduas negociaciones por las cuales el gremio médico –aunque más las élites– logra sostener un status económico elevado, lo que contribuyó –al menos en las regiones de mayor desarrollo– a un nivel de profesionalización que es esencial al sistema pero que al mismo tiempo lo ha hecho muy costoso. El caso de la enfermería es diverso, porque las luchas debieron partir de reivindicaciones más básicas, pero los cambios en la profesión han permitido a los gremios constituirse como actores mucho más importantes.

El caso paradigmático es el Reino Unido, allí los médicos tuvieron desde el inicio el privilegio de la autorregulación profesional, recién con Thatcher se crea el Consejo de Medicina General como autoridad de aplicación, que se fue independizando con los años. Por entonces se intentó quitarles el poder tanto en el primer nivel de atención como en los hospitales, pero hoy esa estrategia se ha revertido completamente. Tanto los Clinical Comissions Group (CCG) del primer nivel como las Fundaciones hospitalarias en su forma actual, han sido el modo en que han recuperado el poder a partir del gobierno de las unidades de salud. En ese contexto, los generalistas, que fueron siempre independientes, desde 1998 son pagados por una cápita y por tratamiento, desde 2004 se incorporó una bonificación atada a incentivos. Los especialistas sobre todo en los hospitales son asalariados, hay además otro tipo de incentivos para los que trabajan en fundaciones, atados a servicios. Operan en los dos sectores, pero solo lo pueden recibir en el privado hasta un 20% del salario. El sindicato es muy unido y combativo, se enfrentó con Thatcher y en ese momento fue derrotado; en la actualidad han recuperado buena parte del protagonismo y una vez que lograron ciertas condiciones, se acomodaron a las nuevas formas de pago. Este país está junto a Francia entre los ingresos medio-altos, por debajo de Canadá, Países Bajos y los Estados Unidos.

En Francia los médicos también fueron siempre independientes, nunca lograron el completo autocontrol de su profesión pero participan de los procesos de acreditación que existen en un número limitado de especialidades de alto riesgo. En 2012 surge la propuesta de un *bonus* por la mejora de la calidad de la atención clínica y la cobertura de las prioridades de prevención, medida que propició una nueva larga huelga y aún el modelo no ha prosperado completamente. Los médicos hoy no tienen problemas con los nuevos mecanismos de pago, han mantenido el primer nivel de atención privado, conducen los hospitales y pueden trabajar en ambos sectores sin límites. El gremio nació muy organizado pero hoy está muy dividido por la ya mencionada existencia de dos clases de profesionales, de todos modos, sigue siendo fuerte.

En Canadá los médicos tuvieron una inserción histórica en las asociaciones sin fines de lucro, pero con un rol de autónomos y pagados con un *mix* de capitación e incentivos en el primer nivel y con salario e incentivos específicos en los hospitales a través de contratos, sus ingresos son muy altos. El problema central fue el ajuste de los noventa, que fue enfrentado por luchas históricas encabezadas por la Agremiación Médica de Ontario. Algo similar sucede en Estados Unidos donde los médicos han sido siempre independientes, con un poder enorme. Son muy bien pagados a través de una combinación de métodos según el seguro, incluso en el seguro público.

En España e Italia los médicos han estado siempre insertos en los aparatos estatales, los del primer nivel trabajan en relación de dependencia. En Italia también son asalariados los médicos en los hospitales, pero en España las Comunidades Autónomas han avanzado en flexibilizar el contrato con diversos mecanismos. Son los ingresos médicos más bajos entre los países estudiados. Los gremios médicos en España tienen mucha más fuerza que en Italia, pero en ningún caso han logrado evitar las reformas.

En América Latina

En nuestro subcontinente se está lejos en cuanto a promedios de profesionales por habitante y además el orden se invierte, revelando la preeminencia de los médicos, según las mismas fuentes, en una relación de: 2,46 médicos y de 1,33 personal de enfermería, la relación médico-enfermería da 1,84. La situación genera grandes exigencias a los profesionales que atienden a los sectores –y en regiones– rezagados. Esa situación injusta se reproduce en las retribuciones, aunque no tenemos datos certeros; tal vez por eso las posiciones que hemos llamado sanitariastas, asocian esta cuestión a la precariedad general de la atención, sobre todo de los sectores vulnerables.

Chile es luego de Uruguay y Argentina, quien tiene la mayor cantidad de médicos, 2,2, y lo que es más interesante, el que tiene más enfermera/os y mejor relación entre ambos, aunque lejos de los promedios de los Países Desarrollados. El porcentaje de los que trabajan para el sector público y cobran un sueldo en relación de dependencia ronda el 50%. En el privado la proporción de precarios de todo tipo, aumenta, como en toda América Latina.

En ese país hay una alta influencia de las universidades privadas, aunque para entrar al sector público, los profesionales deben cumplir con los estándares generados por una normativa específica. La validación del título depende de los parámetros de la Asociación de Facultades de Medicina. La institución más poderosa es el Colegio con sus consejos regionales, la institución sufrió fuertes divisiones en los años setenta y representó un gran apoyo para las reformas pro-mercado. Hay además otras asociaciones vinculadas a los trabajadores del Estado que están más presentes.

México tiene un porcentaje de empleados estatales superior al de Chile, porque la mayor parte de los médicos y personal de enfermería de los servicios estatales y del Seguro Popular están empleados en relación de dependencia con contratos a tiempo indeterminado. Sólo el IMSS ha impuesto condiciones más flexibles. Los salarios son bajos y hay mucho multiempleo, fundamentalmente en clínicas o alquilando espacios independientes.

La regulación de la profesión médica está en manos del Comité Normativo Nacional de Medicina General, formado por la Asociación Mexicana

de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). También participan los consejos por especialidades. Las instituciones representativas de los médicos son el Colegio y la Federación Nacional de Colegios. Están además los sindicatos de profesionales del sector público y el seguro, que fueron históricamente y siguen siendo más activos. En los últimos tiempos se han movilizado fuertemente contra una nueva reforma propuesta por el gobierno del PRI saliente que perdió las elecciones en 2018. En Argentina hace ya muchos años hay un estado similar de movilización gremial de los médicos del sector público, aunque más circunscripto a las jurisdicciones provinciales y con escasa a coordinación nacional.

En Colombia hay un número inferior de médicos y enfermería que en México y Chile, pero similares proporciones, esto se atribuye al ajuste. Sólo un tercio de los médicos del sector público trabaja con contratos en relación de dependencia a tiempo indeterminado. En el privado los porcentajes son menores, la mayor parte tiene contratos de corto plazo o precarios y los ingresos están sujetos a la medición del producto hospitalario, como pueden ser los GDR para el caso de las internaciones. Obviamente éste es el resultado más crítico de la reforma de 1993 y 2003. Las bajas remuneraciones son denunciadas en los medios constantemente, pero en contrapartida, un médico prestigioso que trabaja en un hospital privado en alta complejidad, puede cobrar el triple.

El colegio expide el registro médico, con fuerte influencia privada. La principal institución representativa es la Federación Médica Colombiana y las asociaciones médicas de diversas especialidades. Estas organizaciones, se opusieron al modelo del año 1993, por haberles dado todo el poder a las aseguradoras. Sin embargo, no hubo gran resistencia. Y –salvo excepciones– no se han puesto a la cabeza de los reclamos, incluso en el último período han recrudecido movimientos locales o luchas individuales.

Brasil es el país que muestra indicadores más preocupantes, con 1,5 médicos y 0,76 enfermeras cada mil habitantes. El sector público brasilero emplea un 57% del total, aquí los médicos cobran un sueldo pero hay también mucha precariedad y gran nivel de multiempleo. En el sector privado predomina el ejercicio liberal. El caso argentino parece similar.

La profesión surgió como auto-regulada y sigue así. El registro profesional es controlado por el Consejo Federal de Medicina, entidad autárquica similar a un Colegio. En Argentina la profesión está regulada por el Estado pero la influencia del Colegio y otras asociaciones es importante.

Las agremiaciones más importantes son la Asociación Médica Brasileña (AMB) y la Federación Nacional de Médicos (FENAM). La bibliografía menciona las movilizaciones de la categoría de fines de los setenta y primeros años de los ochenta, aunque éstas estuvieron enmarcadas en

luchas más generales y contaron con la presencia de movimientos sociales no tradicionales, relacionados con el sanitarismo. Las luchas de los médicos vuelven en 2013 para enfrentar la llegada de médicos extranjeros dispuesta por el Programa Más Médicos, pero esta vez comandadas claramente por las principales asociaciones y en el marco de las críticas al Partido de los Trabajadores. Temer prometió solucionar el tema pero no lo hizo. En la actualidad el programa está siendo desmantelado por el presidente Bolsonaro. La estrategia tenía el objetivo de cubrir los faltantes de profesionales allí donde los brasileros no acudían, y requería la revalidación de títulos del exterior, lo que fue denunciado como la intromisión gubernamental en la auto-regulación. En la actualidad el déficit de atención de los sectores vulnerables sigue sin resolverse.

Algunos rasgos como hemos venido advirtiendo, se repiten en nuestro país, aunque con sus particularidades. Se trata del caso con mayor número de médicos pero más baja relación de enfermería por médico, y hay una alta participación del empleo de profesionales en el Estado, y un proceso de precarización del empleo sobre todo en el sector privado pero también en el público, por ejemplo en muchos municipios de la Provincia de Buenos Aires. También puede verse que las asociaciones médicas intervienen en los debates sólo en defensa de aspectos parciales, y especialmente en representación de las elites médicas. Los gremios estatales son muy activos sobre todo en las reivindicaciones salariales, pero involucran diversos sectores de trabajadores, entre ellos médicos, y a su vez están divididos. Otros movimientos que intentan llenar el vacío que éstas representaciones dejan en la discusión más general de las reformas, no logran salvo temporalmente una masa crítica fuerte. Este es un desafío importante para quienes adherimos a las perspectivas críticas.

En síntesis

Como habíamos adelantado, la bibliografía aborda esta cuestión en relación a los cambios en la gestión general, hay muy pocos autores que analizan la participación de los médicos y otros profesionales en las reformas. En la práctica los Países Desarrollados buscaron en los noventa congelar o al menos ralentizar, según el caso, el número de médicos del Estado, cosa que en general se ha logrado. También se intentó bajar el gasto en honorarios pero lo que se hizo finalmente fue vincularlos al resultado: autonomía y pago per cápita con incentivos o por servicio, distintas formas de asociación entre médicos para que éstos logren nuevas rentas, el permiso de trabajar en el sector público y en el privado, etc. Al mismo tiempo se mantuvo en general la autorregulación, aunque con parámetros más claros y en algunas

experiencias con entes mixtos, también se les respetó el gobierno de las unidades públicas por parte de los médicos, y los niveles de ingresos, que son altos y bastante homogéneos. Este proceso ha sido el resultado de de arduas negociaciones con las entidades representativas, que no tomaron una posición clara respecto a los debates sobre los modelos de salud, sino que enfrentaron las reformas de un modo que les permitió sostener su capacidad contractual. Sólo ciertos sectores profesionales o en ciertas coyunturas participaron del debate sosteniendo posiciones junto a la comunidad, tratando de conciliar intereses particulares y generales.

En América Latina –y esto es representativo de lo que sucede en Argentina– también se les respetó a los médicos la capacidad de definir los parámetros formativos, mediante la autorregulación y el gobierno de los hospitales por parte de los médicos. En países como Chile y Colombia, y cada vez más en Argentina, aumentan los graduados de las universidades privadas (Barsky & Corengia, 2017).

Estos procesos, junto a la fragmentación de la demanda, retroalimentan la fragmentación de las profesiones, atraviesan el sistema educativo y luego el ejercicio concreto. Por eso se agigantan las diferencias de retribución y de las condiciones de trabajo entre los médicos y otros profesionales, generándose una elite de unos pocos supuestamente de prestigio, algunos segmentos diferenciados por prácticas complejas y luego el resto. Los peor pagos –generalmente con contratos precarios– estén en niveles muy bajos. El resultado a su vez es la presencia de un Colegio cooptado y una representación sindical –tanto del sector público como privado– dividida y con escaso poder de negociación.

1.8. LA NUEVA INSTITUCIONALIDAD PARA LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Uno de los problemas más grandes relativos al costo de la salud es el enorme porcentaje del gasto público y privado que se asigna a medicamentos. La bibliografía ha abordado este tema con frecuencia. En el enfoque racional más extremo, como vimos, se confiaba –del lado de la demanda– en los copagos como una forma de limitar el exceso de prescripciones; con el paso del tiempo, mientras se cuestionaba el impacto de esa herramienta, las estrategias se han complejizado e incluyen el incentivo al uso de genéricos, negociaciones de precios, determinación de parámetros costo-eficacia, etcétera. En el enfoque que hemos llamado sanitario la preocupación está centrada en los sectores vulnerables, originalmente concebía el acceso a los medicamentos dentro del proceso médico de base estatal, al tiempo que llamaba la atención sobre el elevado nivel de manipulación del mercado por

parte de los laboratorios, que ostentan un poder superior al que tienen en los Países Desarrollados, imponiendo un modelo basado en la medicalización y generando sobreprecios²⁵. Hoy, tanto en la versión OPS como de otros autores, sigue la preocupación sobre los laboratorios (Menéndez, 2003; Toulupas, 2008), se aceptan algunas de las herramientas de control del neo institucionalismo pero especialmente se sostiene la necesidad de lograr una amplia cobertura gratuita, mediante programas focalizados, como en otros casos se opone a los copagos.

Naturalmente este gasto y su direccionamiento depende de la demanda de los diversos medicamentos, la proporción de genéricos en ese uso y los precios. El proceso político decisorio influye fuertemente y a su vez va a impactar con la misma importancia en los grandes procesos de I+D, especialmente porque definen los marcos regulatorios en los que se mueven los laboratorios y otros centros de investigación.

En los Países Desarrollados

Italia con el 44% del gasto total (Ferré, 2014), Estados Unidos con el 36%, Francia el 32%, España con un porcentaje similar, muestran los niveles más altos de este gasto, le sigue Canadá con el 27%, Reino Unido 25%. Francia y Reino Unido son los que tienen el mayor aporte público, con el 70% y tienen una alta cobertura, aunque hay un copago. Estados Unidos (27%) y Canadá (45%) son los que tienen menor aporte y menor cobertura.

La cadena de medicamentos se inicia en la prescripción y en los Países Desarrollados la estrategia ha sido el incentivo a la reducción de la misma; en casi todos los países, pero con fuerza en Alemania, Reino Unido y Nueva Zelanda, se ha tratado de estimular con premios económicos al médico para que realice ciertas recetas, mediante listas positivas (Carone, Schwierz & Xavier, 2012). Las evaluaciones no son concluyentes, el problema es que los pacientes parecen seguir respetando lo determinado por el médico y éste sigue sus propias convicciones; se menciona también la influencia de los laboratorios, sus publicidades y sus políticas hacia médicos y pacientes; por otro lado, subsiste la sospecha de que esas listas se han confeccionado más pensando en objetivos financieros que curativos. Para contrarrestar esta situación se proponen diversas estrategias de control y también se intentan campañas educativas, pero en los diversos textos se hace hincapié en la dificultad de pelear con estos grandes grupos económicos (Dana & Loewenstein, 2003; Rovira Forns, 2015). El terreno de la disminución de emisión de recetas ha sido el menos exitoso.

25 Este aspecto es retomado también en el capítulo 4.

Habida cuenta de ese diagnóstico, la solución ha pasado por la política de estímulo a los genéricos y biosimilares (Abrutzky, Bramuglia & Godio, 2008). Por ejemplo, Francia incluyó un estímulo para estas recetas dentro de los pagos por desempeño. Alemania quita el copago a los genéricos con precios un 30% menor al de referencia y penaliza a los médicos que no hayan llegado al mínimo de recetas de genéricos (Godman & Otros, 2012). Italia y España también tienen incentivos para médicos y Bélgica los tiene para farmacéuticos (Belloni, Morgan & Paris, 2016). En Canadá, se realiza una diferenciación de precios (Zhang, Sun, Guh, Anis, 2016).

El progreso es evidente, en concreto, el reemplazo por genéricos avanza (Belloni, Morgan & Paris, 2016), aunque Piquet y Otros (2016) muestran que la percepción de sospecha sobre estos medicamentos aún sigue pesando. Sobresalen Reino Unido (con el 83% del gasto en medicamentos), Alemania, Francia (70%) en todos los casos tal vez debido a la fuerza de sus seguros sociales; baja en Canadá (42%) España (34%) e Italia (30%), mientras que representaban menos de la cuarta parte del mercado en Luxemburgo, Irlanda, Suiza, Japón, Estados Unidos (OCDE, 2013; GPhA, 2015). Debe tenerse en cuenta que, en un mercado que ha duplicado sus ventas desde 2003 a 2013, a un ritmo del 4% anual, las drogas biológicas pasaron a representar el 28% y las biotecnológicas el 18%, los biosimilares son el 0,4% de éstas en los Países Desarrollados y el 11% en los PSD²⁶, en éstos últimos hay oportunidades para la innovación superiores a las de los genéricos (Lavarello, Gutman & Sztulwark, 2018).

Pero el tema central en lo que hace al peso de los medicamentos en los sistemas de salud es el precio, de los genéricos o no, pagados sobre todo por el Estado y los seguros públicos (ya que los no cubiertos suelen tener precios libres). Es el punto en el que se dirime la cuestión del poder de los laboratorios. En la mayoría hay una negociación: países como Alemania, Francia, Reino Unido, Suiza, Suecia, los Países Bajos, Irlanda y Francia realizan acuerdos globales, que pueden incluir reembolsos a los laboratorios (Docteur y Paris, 2008; Carone, Schwierz & Xavier, 2012). En Japón recién en 2016 se avanzó en el control (JHPN, 2016). Grecia, Irlanda, España han promocionado revisiones extraordinarias de precios. Hay otras políticas en la etapa de la distribución: Australia y Alemania, entre otros, intentan acuerdos en esta etapa (Belloni, Morgan y Paris, 2016). Los Estados Unidos tienen precios prácticamente no regulados incluso de los medicamentos recetados (OCDE, 2009).

26 Los genéricos son idénticos a otro medicamento, requieren del mismo proceso de síntesis química, los biológicos son aquellos que derivan de una fuente biológica, se consideran biotecnológicos cuando incluyen tecnologías innovadoras; los biosimilares demuestran una equivalencia respecto a un biológico ya probado, son "genéricos con otra molécula" (Mabxience, 2018).

Pero... ¿cómo se definen los precios en esos acuerdos y en las compras estatales? En los años setenta era normal partir de los costos de producción o de la tasa de retorno. En los noventa en esa misma línea, el Reino Unido dentro del Pharmaceutical Price Regulation Scheme, establecía un beneficio límite del 21% como un retorno sobre el capital para las compras del seguro (Bloor & Freemantle, 1996; Mrazek, 2002), actualmente este esquema sigue, aunque con modificaciones. El seguro francés usa un mecanismo similar.

Pero la mayor parte de los gobiernos usan el benchmarking externo, con los precios en otros países (Docteur & Paris, 2008). Uno de los casos que menciona la bibliografía es Canadá que se basa en los estándares de Francia, Alemania, Italia, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos (Bonner & Daley, 2010). En España se fijan los márgenes de comercialización sobre el precio de venta del laboratorio y se los compara con los precios internacionales, solo que el gobierno nacional no realiza las compras (Argüello Verbanaz, 2016). Portugal establece desde 2007, luego de un largo vacío legislativo, el precio máximo en relación al precio medio en España, Francia, Italia, y Grecia (Roviras, Gomez & del Llano, 2012).

Pero estos mecanismos vienen siendo discutidos y en los últimos años se intenta un mecanismo más exhaustivo, estableciendo una relación entre el precio local e internacional (precio de referencia) y el valor terapéutico (costo-efectividad), en algunos estudios se incluye la contribución del fabricante del fármaco a la economía doméstica, y a los sistemas de innovación nacionales o regionales.

Para llevar a cabo estos procesos –control del gasto, mejora de la efectividad, incluso por los problemas de transparencia– nacieron las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, mencionadas al analizar la rectoría de los sistemas. Actualmente han alcanzado una complejidad notable y es el mecanismo elegido para resolver técnicamente el problema de la presión de las empresas por imponer productos y precios (Tobar, Drake & Martich, 2012; Rovira Forns, 2015).

El Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC, Australia) ha sido el primer ejemplo, en 1993, se trata de un organismo independiente conformado por los diversos actores del sector, entre ellos el Estado. Hoy tiene el Programa de Beneficios Farmacéuticos para dos categorías de medicamentos: los que tienen sustituto, y los nuevos e innovadores que dependen del análisis de costo-efectividad (Roviras, Gómez & del Llano, 2012; Drummond, 2012).

Unos años después, en 1997, se funda el ejemplo paradigmático: el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, England) que arbitra sobre la eficacia clínica, características innovadoras, disponibilidad de alternativas, los costos y el impacto financiero, etcétera (EC, 2013b). Es

dependiente del Departamento de Salud y consta de comités independientes con profesionales de la salud, académicos y representantes de la industria y del seguro. Este instituto inspiró el Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) de Alemania, pero hay una diferencia, la resolución y la justificación está totalmente disponible para el público (Lebioda, Gasche, Dippel, Theobald & Plantör, 2014).

También en Canadá se empezó a trabajar con costo-efectividad: lo hace la Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), un organismo independiente con participación estatal, pan-canadiense que produce información sobre la efectividad clínica, la rentabilidad y el impacto financiero. La Agency's Common Drug Review (CDR), dependiente del CADTH tiene la tarea de emitir recomendaciones a los gobiernos provinciales respecto a su eventual financiación evitando así diferentes sistemas de aprobación entre los 19 Estados y territorios, pero las divergencias se mantienen porque las autoridades provinciales pueden realizar sus propias evaluaciones (Gamble, Weir, Johnson & Eurich, 2011; Roviras, Gómez & del Llano, 2012).

En Francia, está la Comisión de Transparencia de la Autoridad Nacional de Salud (HAS), independiente pero con mayor peso del gobierno y la legislatura. Hace un trabajo más limitado: evalúa el valor terapéutico comparativamente a las alternativas existentes y califica el grado de innovación y el impacto socioeconómico en la población atendida, pero no se ocupa del impacto presupuestario (Zozaya, Villoro, Hidalgo & Sarria, 2016). Lo discreto de sus posiciones y el poco uso de su independencia con respecto a la política generan visiones escépticas sobre el rol que ejerce (Favereau, 2016).

A pesar de los esfuerzos mencionados, la bibliografía no es tan optimista. Paris & Belloni (2013) dicen que la técnica (llamada Health Technology Assessment [HTA]) aún es rudimentaria, los resultados discutibles y judicializables por eso los entes suelen tener problemas al publicar los estudios. Griffiths (2015) y Fischera, Heissera & Stargardt (2016) hacen hincapié en las dificultades para seleccionar las variables a comparar para establecer cuánto más eficaz es el nuevo producto. Griffiths, Hendrich, Stoddart & Walsh (2015) señalan que además, hay un problema de fondo: aún con criterios técnicos comunes, las recomendaciones son distintas a partir del umbral económico "aceptable", así parecen legitimar la sospecha de que el móvil es más el control del gasto que la mejor atención de los pacientes. Mauskopf y otros (2013) demuestran con una serie muy completa que el impacto económico es una variable explicativa muy significativa de aceptaciones y rechazos. En este sentido, una comparación internacional hecha por Kanavos, Nicod, Aardweg, y Pomedli (2010) muestran que el más estricto es Canadá con el 48% de rechazos, le sigue Francia con 37%. El NICE es famoso por su ele-

vado nivel de aceptación. Todo parece mediado por la capacidad financiera de los sistemas.

Un capítulo aparte merecen los sistemas de prescripción electrónicos, más conocidos como la receta electrónica, son instrumentos que están instalados o en proceso de instalación en la mayoría de los Países Desarrollados. Según Schiff (1998) son un intento por gestionar la demanda de medicamentos en atención primaria e incrementar un uso racional de los mismos. En estos sistemas el médico deberá justificar si prescribe algún medicamento que está por fuera de los que el sistema recomienda por defecto. Un peligro es que a la hora de decidir qué medicamentos se recomiendan para tratar las distintas patologías, solamente se tengan en cuenta criterios economicistas y de contención de costos (Soto Álvarez, 2005). En las distintas comunidades de España están muy difundidos, e incluso ya está en implementación –no sin grandes dificultades– una receta electrónica interoperable entre las distintas comunidades autónomas. Andalucía fue pionera desde 2003 y ha obtenido buenos resultados en términos obviamente de papel pero especialmente se reducen las consultas administrativas y se reducen las compras duplicadas (Publicación de Farmacia Hospitalaria, 2011). Sin embargo son muchos los estudios que demuestran que la implantación de esta herramienta no necesariamente está asociada a disminución de prescripciones y por ende disminución del gasto. Este tema será retomado en la segunda parte del libro.

En América Latina

El debate en América Latina gira en torno a otras cuestiones, preocupa el alto nivel de consumo de ciertos sectores pero fundamentalmente la baja cobertura, el bajo compromiso estatal y la influencia de los laboratorios, así como el alto nivel de las erogaciones de bolsillo de los sectores vulnerables.

En Chile y Colombia el porcentaje de este gasto sobre el total es del 14% y 12% respectivamente. En México es inclusive algo inferior. En Brasil está por encima, más cerca del de los Países Desarrollados: 28% (Novaes, 2006). En México es del 21%. En Argentina no hay datos oficiales, las estimaciones son divergentes, van desde un gasto en medicamentos sobre el gasto en salud del 11% al 31% (Charreau, 2010; Bisang, Luzuriaga y Sanmartín, 2017). Históricamente ha sido analizado como un problema grave (González García, De la Puente y Tarragona, 2005).

En nuestro subcontinente no han sobrepasado las políticas de reducción del consumo de remedios debido a que los niveles absolutos promedios son bajos, aunque en realidad el problema son las grandes asimetrías en el acceso (Silva, 2009). Sí se ha avanzado –también en Argentina– con la normativa para promover la prescripción bajo el nombre genérico y todos

los países estudiados lo han hecho, pero –salvo en unos pocos países– en el mercado privado, el médico puede prescribir por marca (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). Sólo Chile impulsó la política más estricta de bioequivalencia para permitir la intercambiabilidad (Montecinos & Berrios, 2015). De todos modos los porcentajes son bajos: Brasil con 29%, Colombia con 17% y Chile el 11% (Selles, 2016; IMS Health, 2016), muy inferiores a los promedios de los Países Desarrollados. Según un estudio citado por Bisang, Luzuriaga y Sanmartín (2017) Argentina había logrado niveles importantes (40%) pero en 2013 no superaba el 10%. La cuestión se hace más complicada con el abandono actual de esta política por parte del Estado nacional.

En cuanto al control de precios, todos los países hacen intentos de diverso tipo pero la inestabilidad macro y el grado de oligopolio de los laboratorios siguen siendo un escollo difícil de resolver. En Brasil hay listas de precios máximos confeccionadas por la Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos dependiente de Anvisa. Un método es utilizar el Índice de Precios al Consumidor (IPC), un factor de productividad de la industria y un factor de ajuste de precios relativos intra sector e inter sectores en el que se incluyen los insumos incorporados. La capacidad de negociación fue potenciada en el gobierno del PT, debido a la posibilidad de producción pública.

En México el fabricante debía presentar cada año al Ministerio de Economía los precios de referencia internacionales utilizados; luego, se multiplica el promedio por un escalar (Vasallo, 2010). En Colombia desde 2010 los remedios del seguro para los sectores vulnerables tienen precios topes, que son sugeridos por la Comisión Nacional de precios de Medicamentos, dependiente del ejecutivo colombiano (Vacca, Acoña & Rodríguez, 2011; Tobar, 2011a y 2011b; Minsalud, 2012; Gutiérrez, 2014). Como en Ecuador los topes se basan en el costo de producción cotejado con la experiencia internacional.

En Uruguay, Chile, México y Perú se sigue una estrategia de compras comunes. En el primer caso las adquisiciones estatales se realizan mediante la Unidad Centralizada de Adquisiciones (UCA) dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas (Fernández Galeano, 2012). En Chile la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) fue redimensionada y viene adquiriendo peso estratégico al intermediar entre el sector público y el mercado. En México, es la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud la que tiene esta tarea, los Estados pueden adherirse. En Perú la DIGEMID adquiere medicamentos no solo para el Ministerio de Salud sino también para el Sistema Integrado de Salud (SIS), es decir para otras aseguradoras. Esta estrategia puede servir para negociar mejor con los laboratorios. Argentina tuvo una larga tradición

de control de precios así como de producción estatal, que ya era marginal y actualmente se ha casi perdido. En la actualidad podrían controlar precios las obras sociales estatales, pero estos procesos no han sido muy transparentes, el riesgo del ajuste hace sospechosos los intentos actuales.

En relación a la institucionalidad, en América Latina se ha avanzado menos, incluso hay una fuerte separación entre las agencias tradicionales que inciden en los precios, y las más nuevas o renovadas, dedicadas a la aprobación de la tecnología, donde además no hay experiencias notables de cálculo costo-eficacia. Por ejemplo en Chile esa distancia se verifica entre CENABAST y la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria, ambas del mismo Ministerio. Ésta última no ha publicado estudios como los mencionados en los Países Desarrollados. En Colombia la situación es idéntica, está la Comisión Nacional de precios de Medicamentos y el Instituto de Evaluación de Tecnología Sanitaria (IETS), de carácter privado pero también con participación público-privado (Vacca, Acosta & Rodríguez, 2011).

En Brasil, pasa lo mismo entre los diversos organismos de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), autónoma, con una conducción colegiada, participativa y verdadera responsable de la evaluación de los medicamentos, la Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos dependiente de la misma ANVISA y la Comisión de Incorporación de Tecnologías en Salud (CITEC) del Ministerio de Salud. ANVISA ha establecido los Protocolos Clínicos y Directrices Terapéuticas (PCDT) de una complejidad muy inferior (Viana, 2014). Argentina sólo cuenta con la Anmat, agencia dedicada a la aprobación de los medicamentos que no hace estudios de costo efectividad y no cuenta con una agencia de evaluación de tecnología. Ya en el Plan federal de Salud, en el año 2004 se planteaba la necesidad de crear la agencia. Actualmente hay un organismo provisorio de acción limitada dependiente de la Secretaría de Salud y un proyecto parlamentario

Es importante aclarar, para que la presencia de los instrumentos no genere confusiones, que su inestable peso político y sus pobres capacidades técnicas para realizar las evaluaciones, hacen difícil que tengan fuerte impacto (Iñesta & Oteo, 2011). La bibliografía citada en general concluye que sigue habiendo fuertes denuncias de sobreprecios y queda pendiente resolver el alza del precio (y por ende del acceso de los sectores vulnerables) en los medicamentos no cubiertos y de venta libre²⁷, que tienen un peso importante. Esta debilidad atenta contra la capacidad de negociación con los laboratorios.

Habida cuenta de diagnóstico, han proliferado mecanismos de distribución de remedios entre los sectores populares, esto permite hacer compras unificadas y fijar precios de referencia, aunque no siempre se los ha utilizado

27 Los medicamentos de venta libre son aquellos que se pueden expender sin receta.

para eso, así como asegurar cierto nivel de cobertura en hospitales y en el primer nivel de atención. Estas políticas son respaldadas de un fuerte discurso sanitarista y han sido desmontadas o muy diezmadas por los gobiernos liberales.

Brasil instauró en 2004 el Programa de Farmacia Popular, de forma conjunta entre el Ministerio de Salud y la Fundação Oswaldo Cruz, en 2015 cubría 112 artículos, vendidos a su precio de costo. En las farmacias privadas, se paga el 10% del precio de referencia, y el Estado se hace cargo del 90% restante, no pudiendo ser el precio mayor a los autorizados por el Ministerio de Salud (Montekio y otros, 2011; Argüello Verbanaz, 2016). Argentina implementó en 2002 el Programa Remediar, con características similares, si bien representó un gran progreso, no resolvió la totalidad del problema de acceso, que lo excede (Fernández Prieto y otros, 2013). En 2016 ambos programas entraron en un letargo.

En síntesis

En los debates se va a un cierto consenso acerca de la necesidad de controlar el uso, estimular los genéricos, negociar precios duramente con laboratorios desde el seguro público, definir parámetros serios para las nuevas tecnologías con una institucionalidad muy profesional, en América Latina y con un discurso sanitarista se hace hincapié en la entrega directa de medicamentos a los sectores vulnerables.

En la realidad, los niveles de gasto siguen siendo altos en los Países Desarrollados y bajos en América Latina. En porcentaje del total el orden es el siguiente: Italia, Estados Unidos, Francia, Canadá, Reino Unido, Brasil y muy lejos Chile, Colombia y México; pero el orden cambia cuando se observa el compromiso estatal, con Reino Unido y Francia lejos del resto rondando el (70%), le siguen Canadá, Italia, España, Brasil y Chile que rondan entre el 40% y 50% y finalmente Colombia y Estados Unidos debajo del 30%.

Si bien buena parte de los países formalizan la cobertura de los medicamentos, la mayor parte tienen copagos, el nivel de los mismos es inverso al aporte estatal. Por eso América Latina, incluyendo Argentina y a pesar de los esfuerzos —sobre todo por la entrega de medicamentos— siguen teniendo vastos sectores desprotegidos formalmente o de hecho; además el nivel de acceso a los remedios parece sometido al ciclo económico.

En paralelo en algunos Países Desarrollados han proliferado incentivos a una menor prescripción sin muchos resultados y a la prescripción de genéricos con mecanismos de bioequivalencias, mientras que en América Latina hay normativa pero laxa y muy pocos incentivos de otra índole. Los resultados son muy heterogéneos, en Reino Unido los genéricos representan

el 82%, en Francia 70%; porcentajes similares se verifican en Alemania y Países Bajos, pero luego Italia, España, Brasil y México rondan el 30%, Colombia el 17%, Chile 11% y Argentina con niveles fluctuantes aunque ahora similares a éstos últimos. Valores muy bajos.

En lo referido al control de los precios, claramente los gobiernos intervienen, ya sea mediante acuerdos, a través de las compras de los seguros públicos o compras unificadas de gran escala. Para ello, sobre todo los Países Desarrollados han ido modificando sus sistemas de benchmarking y en la actualidad han avanzado hacia los análisis costo-efectividad complejos en el marco de nuevas instituciones con diversas formas legales, mayormente independientes pero con participación estatal. Este proceso está muy atrasado en América Latina, lo que hace aun más controvertidas y poco transparentes las decisiones gubernamentales y sus relaciones con los laboratorios.

CAPÍTULO 2

Las diferencias entre países y los resultados

Hasta acá vimos las principales estrategias de las reformas analizadas transversalmente; naturalmente cada país fue eligiendo algunas de ellas: un *mix* de instrumentos con un *mix* de intensidades y así se han ido pergeñando las diferencias que hay entre países, según esa elección. Ya hemos visto por ejemplo que el Reino Unido mantiene un seguro nacional pero es de los que sus unidades de atención de origen estatal tienen más autonomía. O que Italia se caracteriza por ser de los más descentralizados, y por no tener un seguro. Lo han hecho para organizar su sistema de salud, en el marco de sus trayectorias como sociedad y han obtenido ciertos resultados. ¿Cómo relacionar los modelos con esos resultados, es decir, cómo medirlos en cada contexto?

En la tradición de los análisis de la performance de los sistemas de salud, hay infinidad de de indicadores, éstos incluyen determinantes poblacionales y factores de riesgos; esfuerzo financiero (gasto total y en salud per cápita, el porcentaje de gasto público y la progresividad de la recaudación, la presencia o no de copagos y de seguros complementarios); capacidades del sistema (cantidad y calidad de los centros de atención primaria y hospitales, camas y equipos, acceso a los insumos, cantidad y retribuciones del personal, etc.); producción (realización de eventos de promoción, personas cubiertas formal y realmente, personas que consultaron trabajadores sociales, cantidad de consultas, altas hospitalarias, cantidad de cirugías, etcétera); eficiencia (velocidad de los turnos y tiempos de espera, porcentaje de quirófanos y camas ocupadas, estadias cortas sin remisiones, etcétera); finalmente el impacto en el nivel general de la salud (Knowles, Leighon y Stinson, 1997; WHO, 2000; Secretaría de Salud de México, 2002; Gattini, 2009; OCDE 2017). Si se tiene un enfoque de equidad, se deberá incluir el peso real de ellos en cada segmento socio-económico y en cada región.

El problema es que no siempre existe el dato, sobre todo para una amplia gama de países, especialmente los menos desarrollados y para series largas de tiempo. Por otro lado, temas como ACP, progreso del equipo no jerárquico o redes, requieren evaluaciones cualitativas, por eso son retomados en la SEGUNDA PARTE del libro. Las que hemos logrado consolidar se presentan en el cuadro 2 para los Países Desarrollados y cuadro 3 para América Latina, de

ellos nos valdremos para el análisis por país. En el primero se han sumado a modo de casos testigo dos países que no hemos podido incluir en cada ítem en profundidad pero que suelen ser halagados, Países Bajos y Alemania. En el segundo hay un conjunto importante de países que pueden tomarse en el análisis, aunque los datos comparables a disposición en nuestro subcontinente son muchos menos²⁸.

En los Países Desarrollados

Del análisis realizado surge que uno de los sistemas más ponderados es el del Reino Unido Sobresale por su eficiencia en general y el control del gasto. Está organizado a partir de un seguro público centralizado, con la provisión fundamentalmente estatal pero autónoma, con un nivel inferior a otros Países Desarrollados en cuanto a gasto en relación al PBI y per cápita, puede considerarse de los más equitativos ya que no recibe aportes de seguridad social, sino que todos los recursos son impositivos y porque tiene uno de los más bajos porcentajes de habitantes que pagan seguros complementarios y además presenta un nivel menor de gastos de bolsillo, aunque éstos van en crecimiento. Tiene indicadores intermedios de capacidades: médicos, salarios, camas y aparatos. En cuanto a la producción, buen nivel de consultas, pero cuidadoso en procedimientos quirúrgicos y altas hospitalarias. En la eficiencia de la gestión: cerca del promedio de tiempos de espera y bajo promedio de estancias en hospitales. Tiene un bajo nivel de sobrevida en el cáncer de hígado²⁹.

Según WHO (2000a) estaba en el puesto 18³⁰ y según Mirror (Davis, Stremikis, Squires, Schooen, 2014) era el mejor rankeado. Es sumamente eficiente técnica (por la relación entre capacidades y producción) y financieramente (habida cuenta del gasto per cápita), lo hace con una combinación razonable desde el punto de vista de los costos. Está, en un nivel similar al del resto de los Países Desarrollados en cuanto a la percepción de los pacientes, pero por debajo de Alemania, Países Bajos y Francia, en cuanto a imagen en el Eurombarómetro³¹, junto a Suecia y Dinamarca. Hay una queja recurrente

28 Los datos internacionales entrañan diferencias metodológicas difíciles de captar, incluso no siempre son exactos, deben ser leídos con cuidado. En el caso de Argentina hemos utilizado las mismas fuentes que las usadas para el resto de los países, aunque algunos datos podrían ser discutibles.

29 Lo hemos tomado porque es un tratamiento complejo, en el que surgen importantes diferencias entre países.

30 En los casos en que fue posible mencionaremos el lugar en que se ubicaba el país en el ranking de desempeño global de WHO (2000a) y en Mirror (2014), ambos obviamente muy discutibles, su lectura puede ser útil para entender lo que decía la OMS respecto al funcionamiento de los sistemas y también lo diferentes que pueden resultar dos tipos de valoraciones. No hemos encontrado un estudio similar actualizado de la OMS.

31 Al tratarse de una encuesta de percepción, las opiniones dependen de factores subjetivos difíciles de analizar, de todos modos, puede servir para una orientación.

por la presencia de procesos burocráticos engorrosos, sospechados de tener el fin de limitar las prestaciones y que puede ser un mecanismo de exclusión. También se llama la atención sobre las diferencias que hay entre hospitales de diversas regiones y en la pobre atención de los sectores vulnerables.

Cuadro 2. Datos relativos a procesos y resultados. Países desarrollados.

	Alemania	Canadá	Francia	Italia	Países Bajos	España	Reino Unido	Estados Unidos
Consulta médica per cápita	10	7,7	6,1	6,8	8,8	7,6	8,6	4
Sobrevida de 5 años cáncer de mama detectado	85,3	85,9	86,9	86,2	85	83,7	81,1	88,6
Sobrevida de 5 años cáncer de hígado detectado	14,4	17,7	14,4	17,9	12,6	15,8	9,3	15,2
Sobrevida al cáncer de colon	64,8	67,2	63,7	64,1	63	63,3		64,9
Altas hospitalarias por 100.000	25.685		18.192	11.554		11.497	13.102	
Unidades de radioterapia por millón	6,4	8,1	7,5	6,4	7,2	4,2	5	12,4
Número de procedimientos quirúrgicos (por 100.000 habitantes) 2012	1.040	1.076	1.266	935	845	721	749	
Tomografías realizadas por 1.000 habitantes	143	153	204	81	88	108		226
Resonancias realizadas por 1.000 habitantes	136	50,5	113	67	48,8	82,5		120,6
Tiempo de las estadias en hospitales	8,9		10,1	7,8	12,5	7,3	7,1	6,1
Día de cama promedio per cápita	1,8	0,6	0,9	0,7	0,5	0,7		
Percepción bien y muy bien como % del total	63,5	87,8	64,5	67,7	73,2	69,8	68,9	87,4
Esperanza de vida al nacer ambos sexos	81	82	82	83	81	82	81	79
Mortalidad infantil cada 1.000 nacimientos	3	5	3	3	3	4	4	6
Tasa de mortalidad menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) 2015	4	5	4	4	4	5	5	7
Mortalidad por infarto	7,7	5,1	5,6	5,4	5,4	7,9	7,1	6,5

Fuente: elaboración propia en base a BM online <<https://datos.bancomundial.org>>, OCDE en línea, OCDE (2013a), OCDE (2017), OPS (2012), WHO (2015), OurWorld en línea <<https://ourworldindata.org>>. Las casillas vacías, como sucederá en el resto de los cuadros, corresponden a datos faltantes.

Francia es un modelo más gastador y según el relevamiento de Narodowski (2017) suele ser considerado menos equitativo. Tiene un seguro similar al del Reino Unido aunque de origen laboral, financiado por la seguridad social y un nivel de gasto total superior, pero menor esfuerzo estatal y más gastos de bolsillo para el acceso a ciertas categorías de médico o por otros motivos. Para enfrentar la cuestión y acceder a los médicos de mayor prestigio sin costo extra, hay más personas en seguros complementarios. Lo expuesto se nota no tanto en el promedio de médicos pero sí en los altos salarios de algunos estamentos y en la retribución al personal de enfermería, también en el número de camas, equipos, en exámenes realizados, en duración promedio de estancias, procedimientos quirúrgicos, altas hospitalarias, con menores tiempos de espera. WHO (2000a) lo catalogaba como el mejor, Mirror en 2014 lo desaprueba en casi todos los ítems analizados; comparado con el Reino Unido se podría decir que es más ineficiente financieramente (sobre todo porque no está probado que los médicos más prestigiosos y caros sean más eficaces). Las críticas giran, además de la ya mencionada inequidad fiscal, de nuevo alrededor del costo y de la inequidad regional, por segmento socio-económico y por género.

Canadá sobresale por el esfuerzo que ha hecho en la contención del gasto médico. Como Italia y España, tiene un modelo descentralizado, por eso es diferente a los anteriores. Está en el nivel de gasto superior al Reino Unido e incluso al de Francia, debido a la potencia de su PBI per cápita, pero algo por debajo de ambos en cuanto al porcentaje de financiamiento estatal, con un mercado de seguros privados en crecimiento y alto nivel de gasto de bolsillo, especialmente por el problema de cobertura de medicamentos que aún no ha sido resuelta del todo. En cuanto a capacidades, se notan los ahorros, baja densidad de médicos y alta de enfermería, pero con mejores salarios que en los otros dos países; hay menos camas y más dispositivos. Tiene más procedimientos quirúrgicos, rápida rotación pero en algún caso, mucho tiempo de espera. Tanto OMS como Mirror lo ubicaban muy por debajo del resto. Podríamos definirlo junto al Reino Unido como uno de los más eficientes técnicamente, aunque las remuneraciones lo hacen caro. Por otro lado se sigue cuestionando la reforma hospitalaria que ha ajustado las cantidades de personal e insumos, el otro problema que genera quejas —pero que se va subsanando— es la pobre cobertura histórica de medicamentos. Además se marcan diferencias regionales, típicas de la descentralización, pero no tan pronunciadas como en los países que veremos en los párrafos siguientes.

En Italia como en España es difícil sacar conclusiones porque los promedios generales no dan tan mal, incluso OMS los valoraba positivamente (Mirror no los analiza) pero abundan los análisis sobre las diferencias regionales. En general, es claro que España está condicionada por el ajuste fiscal

que explica el menor gasto total y público per cápita y los elevados gastos de bolsillo. Se verifica alta densidad—concentrada geográficamente— de médicos y enfermeras con salarios más bajos así como falta de camas y equipos. Esto se traduce en un escaso nivel de consultas y de procedimientos quirúrgicos, hay altos tiempos de espera.

En Italia, la situación es similar, sólo que el gasto per cápita es mayor pero los gastos de bolsillo también. Ambos países presentan mayor ineficiencia técnica pero menor ineficiencia financiera, son más baratos que Francia aunque Italia se acerca. En cuanto a las percepciones, están en el mismo nivel de Francia, en el Eurobarómetro está mejor España. De todos modos, en ambos países se marcan las diferencias entre regiones o comunidades ricas y pobres; en Italia esos problemas parecen mayores.

El caso de Estados Unidos es diverso porque el nivel de gasto privado per cápita es muy elevado, los indicadores son similares a los de los mencionados países, con la excepción del alto promedio de dispositivos. Lo caro lo hace excluyente. La ampliación de la cobertura llevada a cabo en la administración de Obama intentó resolver esta cuestión pero no está aún plenamente en vigencia en muchos Estados y subsisten millones de personas sin cobertura. Además la infraestructura que atiende a los sectores vulnerables es claramente de menor calidad. Estados Unidos tiene una tremenda ineficiencia financiera. Mirror lo ubica último.

Lo que se verifica en conclusión es que el gasto per cápita es uno de los factores principales explicativos de la salud, junto a un conjunto de determinantes. Los más gastadores en términos de PBI, sin contar Estados Unidos son en orden: Alemania, Francia, Canadá y Países Bajos; en los tres primeros casos Jacobs & Goddard (2000) dicen que la preocupación por la universalidad les hizo perder de vista los costos. De todos modos Joumard, André & Nicq (2010) dicen que hay un potencial de reducción del gasto en todos los sistemas. También hay diferencias en el aporte público, con un nivel superior en el Reino Unido, seguido de Países Bajos, Italia, Francia, Alemania, todos en niveles muy similares; eso se traduce en diferencias en los gastos de bolsillo, aunque salvo en los casos de España e Italia, que se ubican por encima, se va hacia un sistema en el que los pacientes pagan bajas proporciones por los procedimientos regulares y aumenta la protección contra gastos catastróficos (Cremer, Lozachmeur & Wright, 2007).

En cuanto a la inversión en capacidades: Países Bajos, Alemania y Francia, priorizan la cantidad de médicos y personal de enfermería, bien remunerados y las camas, en niveles que pueden ser considerados cerca del óptimo. Canadá prioriza los salarios pero no la cantidad de profesionales ni de camas; Italia es el caso inverso: prioriza la cantidad de médicos pero no los salarios. España tiene un nivel normal de médicos y bajo de personal de

enfermería. Estados Unidos prioriza los equipos. Reino Unido aparece con niveles intermedios en casi todos los recursos. La bibliografía lo atribuye al rol del seguro público y a su sistema de control (Thomsom y Stabile, 2014).

En los indicadores de producción, vemos que Estados Unidos se impone en altas hospitalarias y procedimientos quirúrgicos per cápita, le siguen, Alemania, Francia, Países Bajos y Reino Unido, en niveles parejos y luego están Canadá (que ha intentado ajustar estas estrategias hospitalarias), Italia y España (en estos casos tal vez por sus limitaciones presupuestarias). En cuanto a la duración promedio de estancias hospitalarias, están todos muy parejos, pero los más bajos promedios se verifican en Estados Unidos y Reino Unido, uno por eficiencia privada y otro por control estatal de los procesos.

Si relacionamos capacidades y producción y calidad, entre los de mayor eficiencia técnica está Canadá, Alemania, Francia, Países Bajos y Reino Unido. Si sumamos el costo, entre éstos, los más eficientes financieramente son Reino Unido, pero las trabas burocráticas y el excesivo control atentan contra él y Canadá aunque debería resolverse el tema del gasto excesivo en médicos y los problemas en la cobertura de medicamentos, y tal vez deberíamos mencionar a Italia y España, pero con niveles de producción menores. En cuanto a la equidad, hemos dicho que Francia, que es muy eficiente técnicamente, parece uno de los menos equitativos debido a la presencia de dos tipos de médicos y a los costos de los más prestigiosos. Jacobs & Goddard (2000) y Mirror en 2014 consideran inequitativos a Alemania y Países Bajos y lo explican por la posibilidad que tienen esos sistemas de optar por diversas calidades de atención, cosa que en el Reino Unido no sucede.

Lo que demuestra este análisis es que los países han ido respondiendo a sus propias trayectorias, han ido resolviendo con diversos mecanismos institucionales los problemas que se han ido presentando sobre todo, las resistencias a las reformas. Por lo que se ve, hay diversas combinaciones de indicadores para países que se asemejan por tener estructuras centralizadas o por tener seguro social. Por eso resultan tan difíciles las evaluaciones.

En América Latina

En América Latina recordemos que el gasto per cápita promedio es muy inferior, eso a pesar de que algunos países hacen un gran esfuerzo en términos de PBI per cápita, pero éste es muy inferior al de los Países Desarrollados. Los indicadores generales de salud, la segmentación y fragmentación, las cantidades de consultas y procedimientos quirúrgicos, los promedios de sobrevivencia son todos muy inferiores a los otros países. El riesgo de gasto catastrófico aumenta sobremanera. Esto hace la situación incomparable con la de los Países Desarrollados.

Chile (33)³², con un modelo desregulado tanto en el seguro como en la provisión y un seguro focalizado, es uno de los que tiene mayor gasto per capita³³, aunque con uno de los más bajos esfuerzos estatales debido a la influencia de los seguros privados. El gasto no se traduce como se esperaría en cantidad de médicos (está por debajo de Argentina) o enfermeras (sólo algo por encima de México); los salarios son también sólo un poco mayores que los de México y son bajos. En los debates mediáticos se denuncian estos déficits³⁴. Si sobresale en algunos equipos, muestra una cantidad de consultas similar pero un total de altas hospitalarias que duplica a México. Si recordamos que Chile gasta el doble per cápita, puede entenderse porqué algunos autores lo consideran un caso de ineficiencia financiera que lo hace poco equitativo y en cierto sentido excluyente, en eso se asemeja a Estados Unidos. De todos modos, es uno de los países mejor posicionados en cuanto a los indicadores de salud. Naturalmente el AUGE genera debates, es valorado por la bibliografía como un intento de hacer al modelo más inclusivo, otros valoran los progresos pero cuestionan la matriz regresiva original del mismo.

Por su parte, México (65) tiene indicadores de capacidad y resultados por debajo de Chile pero eso se explica por el bajo nivel de gasto y se nota más en la inversión en equipos. De todos modos es un sistema muy segmentado porque no tiene un seguro universal como Brasil pero tiene una seguridad basada en los aportes laborales más expandida que Chile y un seguro focalizado: el Seguro Popular, que ha exigido un mayor aporte estatal pero que aún es insuficiente por lo que la atención es escasa, muy precaria y caótica, por eso se habla de ineficiencia técnica. Los indicadores de la salud están en el nivel más bajo, cercanos a Brasil.

Colombia (22), ha sido históricamente un país con baja inversión en salud, esto subsiste aunque haya aumentado en los últimos años el esfuerzo fiscal, los gastos privados en general y de bolsillo son altos; el personal y la infraestructura están por debajo que los países ya mencionados y está como México y Brasil, en relación a los indicadores de la salud. En los documentos que analizan a Colombia se muestra cómo los seguros, las EPS, definen terapias junto a sus prestadoras, IPS, y ponen sobreprecios, aumentando las rentas financieras (por ende la inequidad y la exclusión), se valoran los esfuerzos que viene realizándose para cubrir a los sectores vulnerables, en esto se parece a Chile. Es valorada con Chile y Brasil por la bibliografía que

32 Pondremos entre paréntesis el lugar en el ranking de WHO (2000).

33 Debe tenerse en cuenta que en esos países la variabilidad del valor de la moneda en relación al dólar es mayor que en los Países Desarrollados y eso condiciona estos datos.

34 Para un conjunto de indicadores solo se tienen datos de Chile y México porque pertenecen a la OCDE.

pondera la separación de aseguramiento y provisión así como la competencia (Giedion, Villar y Ávila, 2010)

Cuadro 3. Datos relativos a procesos y resultados. América Latina

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
Consulta médica per cápita			3,5			2,9	
Sobrevida de 5 años Cáncer de mama detectado	76,6	87,4	77,1	76,1	83,2		
Sobrevida de 5 años Cáncer de hígado detectado	24,2	11,9	7,9	5,3	17,7		
Sobrevida cáncer de colon			51,5				
Altas hospitalarias por 100.000			9.000			4.617	
Unidades de radioterapia por millón	2,8	1,7	0,9	1,4	0,1	0,5	3,8
Unidades de tomografía por millón			12,6		1,6	3,7	12,9
Tomografías realizadas por 1000			89				
Resonancias realizadas por 1000			20,1				
Tiempo de las estadias en hospitales			6,1			3,8	
Percepción b y mb como % del total			53,1				
Esperanza de vida al nacer ambos sexos	76	77	80	79	75	76	77
Mortalidad infantil cada 1000 nacimientos	13	13	8	15	20	14	6
Tasa de mortalidad menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	14	14	9	18	23	16	7

Fuente: elaboración propia en base a BM en línea <<https://datos.bancomundial.org>>, OCDE en línea, OCDE (2013a), OCDE (2017), OPS (2012), WHO (2015), OurWorld en línea <<https://ourworldindata.org>>.

Brasil (125) gastaba al menos hasta 2015 en un nivel similar per cápita y tiene un compromiso estatal algo mayor. En este país el gasto en salud ha sido errático porque si bien debe financiar el SUS, un modelo de seguro universal muy ponderado por la bibliografía, los ciclos económicos lo someten a una fuerte inestabilidad, de todos modos presenta menos gastos privados

y de bolsillo. Es el que tiene menos infraestructura y, en los hospitales se denuncia una fuerte falta de organización, además faltan médicos. Los indicadores de la salud son preocupantes. Podría ser un modelo inclusivo, pero evidentemente el contexto general de las poblaciones vulnerables y la falta de recursos, traducida en la carencia de profesionales y la calidad en el nivel hospitalario, atentan contra los mejores resultados. Ha sido valorado junto a Costa Rica por Atun y otros (2014) por su base completamente impositiva. Heredia, Laurell Asa, Feo, Noronha, González-Guzmán y Torres-Tovar (2014) lo valoran por haberse podido constituir sin tener que mediar con sistemas duales preexistentes fuertes, como Argentina y Chile.

Argentina (75) tiene un gasto per cápita por debajo de Chile y Brasil, pero un mayor esfuerzo estatal y de la seguridad social, y menores gastos de bolsillo. Presenta los mejores indicadores de médicos (aunque es mala su distribución) pero no de enfermeras, es uno de los que tienen, junto a Uruguay y Chile, menos riesgo catastrófico, debido a la cobertura total de la población en los hospitales públicos y de las Obras Sociales. Pero los indicadores de la salud se acercan peligrosamente al de los países con más problemas. En este tema, Chile y Uruguay están mejor. Esta situación refleja ineficiencia técnica e inequidad ya que hay cierto esfuerzo estatal al menos hasta 2015 pero no bien organizado y que muchas veces disminuye el riesgo del privado a costa de los sectores vulnerables. Como el nivel de gasto es menor, no parece haber ineficiencia financiera. Nuestro sistema está visto desde diversas posturas como uno de los más fragmentados (Giedion, Villar y Ávila, 2010; Laurell, 2016), aunque en WHO (2000) no aparecía como de los más inequitativos.

Uruguay (65) parece más eficiente y equitativo, la bibliografía valora que es el único que funciona con un seguro realmente universal y con competencia en la provisión (Giedion, Tristão, Bitrán y Cañon, 2014). Gasta más pero tiene un alto promedio de médicos y enfermería, algo menos de camas pero más de equipos y con buenos indicadores de salud. El problema es que es un caso muy particular por las características del país.

Como se pudo ver, salvo el caso Colombia, en el ranking de WHO (2000) coincidía con nuestro análisis. También puede corroborarse que es difícil sacar conclusiones sobre cuál es el mejor sistema, ni siquiera tiene sentido intentarlo, dadas las heterogeneidades. Pero sí, lo que queda claro es que aunque cada caso es particular, hay cuestiones generales como las que venimos analizando en el libro, en las que se tiende a un mismo esquema, éste es el punto del capítulo siguiente.

CAPÍTULO 3

Conclusiones:

hacia un enfoque que recoge la
complejidad del problema

Recordemos que el modelo de la posguerra tenía un fuerte sesgo pro-estatal. En la salud lo hemos denominado sanitariista. Asumía la salud como un derecho universal y propendía al incremento de la provisión pública centralizada bajo un discurso de solidaridad, por eso negaban a los seguros privados o los sistemas con altas erogaciones de bolsillo. El modelo se sustentaba en las políticas keynesianas de aumentos del gasto y en teoría sobre la base de estructuras tributarias progresivas o en su reemplazo, de la seguridad social. Se basaba en los hospitales públicos con presupuestos históricos y personal con contratos en relación de dependencia. Luego, se sumaría el énfasis por la atención primaria con similares parámetros. La provisión de medicamentos se suponía dentro del proceso de atención. El control era estatal y dependía del mismo sistema

Cuadro 4. Principales rasgos del Enfoque de Posguerra

Perspectiva y discursos	Asume la salud como un derecho que debe ser garantizado y provisto por el Estado. Esto da lugar al discurso de la solidaridad. Hay un fuerte rechazo al libre mercado. En América Latina el Estado como instrumento para enfrentar problemas estructurales.
Política de financiamiento	Aumento del gasto como elemento que garantiza derechos y además como política anticíclica.
Origen de los recursos	Tributarios progresivos, en segundo lugar, de la seguridad social. Crítica al sistema de copagos y al aumento de los gastos de bolsillo.
Regulaciones fundamentales	Fundamental la presencia del Estado como proveedor, en muchos sistemas, convivencia de un seguro público universal y provisión pública. Estado fuerte.
Seguros	Seguro público universal y limitado campo de acción para seguros complementarios.
Nivel administrativo	Centralizado. El Estado nación es la escala central para garantizar los derechos y la equidad.
Provisión y forma de pago	Estatal, con presupuestos históricos.
Personal	Contratos indeterminados regidos por regulaciones nacionales.
Medicamentos	Provisión estatal en el proceso médico (en el hospital fundamentalmente). Control de precios.
Control	Estatal.

Fuente: elaboración propia.

También debemos recordar que en los ochenta y noventa se vivió una ofensiva neoliberal pro mercado en el Reino Unido y Estados Unidos. Al mismo tiempo tomaba fuerza el neo institucionalismo en una interpretación radical que estigmatizaba al Estado y por ende a los hospitales públicos, se proponía el desfinanciamiento público con los techos al gasto y la descentralización, se estimulaba el aumento del aporte privado, a través de copagos o seguros complementarios, al tiempo que se confiaba en la seguridad y la provisión privadas o, en el último de los casos pública-autónoma, es decir, la desaparición del hospital público tradicional basado en presupuestos históricos, así como la desregulación del mercado laboral y de los medicamentos. Originalmente se esperaba que sean los seguros privados los que acogiesen a los sectores vulnerables con una “inteligente” distribución de riesgos y por sostenidas políticas de información al consumidor y antitrust. En el control, presencia de agencias independientes.

Cuadro 5. Enfoque neoliberal

Perspectiva y discurso	Estigmatiza al Estado y supone que como en el resto de la economía, el mercado asignará los recursos destinados a la salud de un modo más eficiente.
Política de financiamiento	Techos al gasto como forma de limitar el financiamiento estatal de la salud.
Origen de los recursos	Aporte privado para garantizar la libre elección del seguro, con seguros complementarios y copagos.
Regulaciones fundamentales	La principal herramienta son los precios de mercado asegurador y el estímulo a la presencia de proveedores privado. La competencia garantizada con leyes antitrust y políticas de información al consumidor.
Seguros	El actor central es el seguro privado.
Nivel administrativo	Descentralizado, se supone que es el nivel más cercano al usuario y asegura la competencia.
Provisión y forma de pago	Privada y/o autónoma, con pago por tipo de procedimiento (GDR) o cápitas.
Personal	Estatuto desregulado, pago a los profesionales como proveedores. Contratos flexibles.
Medicamentos	Desregulación del mercado de medicamentos y copagos en el seguro.
Control	Agencias probadas independientes.

Fuente: elaboración propia.

Del análisis de las propuestas teóricas y de las reformas surge en la actualidad con bastante fuerza un enfoque que llamaremos complejo en la medida que sostiene, al menos en ciertos países paradigmáticos como el Reino Unido o Francia, modelos basados en una diversidad de instrumentos, producto de negociaciones entre sectores y sin desconocer los intereses de los más vulnerables. Este enfoque se ve en la evolución del pensamiento institucional, con diferencias discursivas y de matices que ya hemos ido verificando, y en las soluciones concretas adoptadas por los países para garantizar realmente el acceso universal con igualdad y equidad a partir de sus propias realidades.

La salud como derecho universal, entendido como acceso equitativo y no como una formalidad es un concepto que surge del sanitarismo y hoy ha sido aceptado por todos.

Por otro lado, salvo los organismos financieros que insisten con el ajuste, lo que cunde es la preocupación por mantener o elevar el gasto y el gasto público, incluso como prerequisite para la eficiencia. Por lo mismo hay

consenso en avanzar a modelos basados en estructuras tributarias progresivas ya que los recursos de la seguridad social contribuyen a la segmentación, limitando los copagos y más aun los gastos de bolsillo. Parecen aceptarse en general las transferencias focalizadas a los sectores vulnerables. En la realidad no hay una reducción absoluta del gasto público per cápita, aunque sí, en Países Desarrollados como Italia y España, pero no en el Reino Unido, de la participación relativa del gasto familiar, lo cual significa un aumento de las inequidades.

Lo mismo ha sucedido en América Latina, donde el tema es más preocupante, ya que el Producto Bruto Interno (PBI) per cápita, el gasto y el gasto público son muy menores, lo que genera mayores gastos privados. Por eso estamos obligados a hablar del modelo de desarrollo. En nuestro país vemos que constantemente hay quejas por la elevada presión impositiva y el precario servicio brindado como si fuese un problema de gestión, cuando en realidad el tema central –más allá de la estructura tributaria– sigue siendo que la base recaudatoria es chica.

La separación de funciones que es típica del NI también ha sido asumida, sólo que en la práctica hay diversas estrategias, Argentina ha innovado poco en ese sentido. La descentralización como vimos provocó un debate confuso ya que tanto los unos (del Ni) como los otros (de la socialdemocracia) se ilusionaron al respecto, y en la realidad hay modelos de los más diversos, pero la centralización absoluta hoy parece difícil. En América Latina muchos casos han sido considerados un fracaso, por ejemplo, en Argentina se realizó en forma de shock y sin un debido traspaso de competencias y menos aun de financiamiento, fue más bien desresponsabilización. En general, hemos visto que la descentralización en contextos de fuertes asimetrías regionales es muy problemática.

En lo que hace a la gestión, en ambos enfoques la centralidad del hospital dio lugar a la de la APS con desarrollo de un primer nivel de atención ambulatorio, pero es cierto que en algunos casos como puerta de entrada y en el enfoque sanitarista de América Latina con un fuerte sesgo de solidaridad con los sectores vulnerables, aunque a riesgo de transformarla en un nivel de bajo rendimiento. Las redes aparecen en ambos tipos de países pero en América Latina sirven especialmente para enfrentar la segmentación y las jerarquías.

La relación Estado-Mercado, tanto en los planteos teóricos como en las reformas se asume como una cuestión compleja; Unión Europea, OMS/OPS, Cepal y buena parte de los autores no confían en la competencia como algo mágico y exigen una rectoría estatal fuerte, en convivencia con instituciones mixtas, claro que en América Latina con un sesgo pro estatal más fuerte de parte de los autores del sanitarismo crítico. En la mayor parte de los planteos,

se confía en el rol central del seguro social público, como Reino Unido o Brasil (que bien podrían no ser considerados seguros), los sanitaristas también lo sugieren debido a que apoyan el SUS brasileiro, algunos prefieren una cobertura pública directa, como sucede en Argentina. Ciertos autores y países promueven los seguros complementarios, los sanitaristas los miran con recelo porque pueden representar una huida de la salud pública, como en Argentina, o pueden atentar contra la equidad general, como en Francia. Lo mismo sucede con los seguros focalizados, como los de Chile, Colombia, México, Estados Unidos, que inicialmente fueron resistidos pero empiezan a resultar una opción válida en modelos con una impronta original privada.

En realidad, se le presta atención a las políticas de distribución de riesgo, especialmente a la elaboración de paquetes básicos amplios, a través de guías clínicas, también a la exención de los copagos en ciertos segmentos etarios o socio-económicos o para algunas enfermedades, y así garantizar inclusión. Claro que en América Latina hay problemas financieros que los impiden.

Para asegurar la provisión, parece aceptarse en los debates la existencia de una oferta heterogénea, las instituciones raramente han revelado sus preferencias sobre la propiedad pública o privada, tampoco han sido claras la OMS y la OPS, sólo algunos autores del contexto de la Cepal y naturalmente en el sanitarismo crítico que además desconfía de la autonomía. En estos matices están las mayores diferencias conceptuales.

En la realidad de la mayor parte de los sistemas nacionales, entre ellos el argentino, subsiste la provisión pública tradicional que muchos reconocen que garantiza la promoción y la prevención así como la atención de los sectores vulnerables en los seguros focalizados; pero éste segmento convive con el modelo de salud pública con autonomía, con el tercer sector que en algunos países es tradicionalmente fuerte y una provisión privada que en los Países Desarrollados es minoritaria y en América Latina creció raudamente en los últimos años. Los experimentos de mayor autonomía como los de algunas Comunidades Autónomas de España y Colombia, han sido tan negativos que se han debido realizar salvatajes estatales.

En cuanto a medios de pago, aún hay muchas unidades con presupuestos históricos, pero cada vez hay más cápitadas pensadas con un sentido de territorialidad, en algunos casos ajustadas por calidad, hay que tener cuidado ya que en algunos países como Argentina, ésta puede ser una estrategia de los mencionados techos al gasto. Si bien el GDR va perdiendo adherentes en los debates y sufre cambios, sigue siendo el mecanismo de facturación más importante para las altas hospitalarias.

Las relaciones con el personal siguen estas tendencias, la autonomía ha sido un modo de permitir que los colectivos de profesionales controlen la oferta y los excedentes, en general subsisten los salarios básicos; sigue

habiendo un alto número de profesionales independientes junto a modelos de incentivos y no son poco los asalariados tradicionales. En las regiones dinámicas de los Países Desarrollados este sesgo puede tener una interpretación positiva, en América Latina, incluso en Argentina, se las asocia a la concentración del mercado, a la precariedad y al ajuste, por eso el sanitarismo las cuestiona.

En cuanto a los medicamentos, también ha habido un consenso en los debates y en los esfuerzos de los países centrales alrededor del control del uso, el estímulo a los genéricos y a la necesidad de tener una estrategia firme con los laboratorios. Para eso se ha construido una institucionalidad con presencia estatal fuerte y una metodología costo-eficacia muy sólida. Esta maniobra no debe ocultar procesos de ajuste. América Latina ha tenido una estrategia débil en cuanto a gestión de medicamentos en general, pero sí ha avanzado en la provisión directa a los sectores vulnerables, lamentablemente los actuales gobiernos de Argentina y Brasil han limitado sus alcances.

Cuadro 6. Enfoque complejo

Perspectiva y discurso	Asume la complejidad de la relación Estado-Mercado, con diverso énfasis según el origen teórico de los autores y los países. Estado fuerte aunque comparte segmentos de la cadena de valor con los privados y el tercer sector. Pierde de vista los problemas estructurales.
Política de financiamiento	Preocupación por el gasto, pero sin techo, exigiendo niveles elevados del mismo como prerrequisito para la eficiencia. Preocupación por la equidad del gasto. Los países intentan esta tendencia, con los límites en América Latina.
Origen de los recursos	Basado en recursos tributarios progresivos, intentando reducir copagos y gastos de bolsillo. Propone transferencias focalizadas.
Regulaciones fundamentales	Se aceptan los seguros privados pero se confía en el rol del seguro social público. Se presta atención a las políticas anti-descreme. En AL se intenta enfrentar la exclusión con seguros focalizados.
Seguros	Seguros públicos como garantía de la equidad y la gestión eficiente. Seguros complementarios limitados. Relación listas positivas-copago para garantizar equidad a través de guías clínicas.
Nivel administrativo	Se desconfía de los modelos muy descentralizados. Gran heterogeneidad. Aparecen las redes como forma de resolver el problema.
Provisión y forma de pago	Mix de provisión pública tradicional, pública con autonomía, provisión privada minoritaria, aunque hay diferencias entre países. Conviven presupuestos históricos con cápitras ajustadas como intermedio o GDR.
Personal	La autonomía y pagos específicos como forma de control médico, subsisten los médicos independientes, junto a modelos de incentivos, pero sigue habiendo un alto número de asalariados regulados por contratos tradicionales y presupuestos histórico. Muchos problemas en América Latina por la precariedad.
Medicamentos	Control del uso de medicamentos, estímulo de genéricos, fuerte negociación de precios con laboratorios y provisión directa estatal para sectores vulnerables sobre todo en AL, control del uso de la nueva tecnología
Control	Se verifica la convivencia de agencias estatales, otras independientes con control estatal.

Fuente: elaboración propia.

En síntesis, lo que surge es que –contra las pretensiones de esa posición radical anti estatal inicial– los países han ido confluendo a un sistema que responde a sus posibilidades y sus trayectorias, en todos los casos y en la medida de lo posible (financiera y políticamente hablando) con una presencia estatal fuerte. Los debates han reflejado este proceso, aunque hay matices.

Esto ha sido así porque en el cambio epocal que transitamos, lo puramente estatal, sobre todo en lo que a la provisión se refiere, tampoco ha logrado desarticular las cuasi rentas monopólicas de los mercados concentrados, no ha resuelto el problema de la asistencia desigual y racionada para los más

humildes, ni ha garantizado la ejecución de programas integrales. No se trata de volver a la muy arraigada costumbre de promover iniciativas puntuales, que se expresan en acciones o programas aislados sino encarar una reforma que incorpore las herramientas discutidas en este libro. En las conclusiones retomaremos el tema.

El desafío de la integración se deberá afrontar a partir de la reconfiguración de lo que ya tenemos, con un gasto público per cápita mayor y evitando o intentando reducir los copagos; con cobertura de medicamentos y mecanismos de transferencias monetarias a los sectores vulnerables. y con el fortalecimiento del rol del Estado, con herramientas como las que utilizan otros países, para enfrentar los intereses corporativos que disfrutaban de rentas improductivas en mercados poco transparentes, en el marco de una propuesta de carácter sistémico. Este es un punto central, complejo, sólo posible en el marco de un modelo económico pro-consumo.

Con esa premisa se debe apuntar en la medida de lo posible a un modelo basado en un seguro público que se coordine con la seguridad social de origen laboral y garantías de acceso a un amplio conjunto de prestaciones, similares a las de los Países Desarrollados, dejando al sector privado una parte relativamente pequeña del aseguramiento (sobre todo con seguros complementarios). Con el eje puesto en el fortalecimiento de la APS y del hospital públicos, pero con un segmento mayor de la provisión de carácter pública-autónoma. Con más cápitas ponderadas que pagos por servicio, pero también con la garantía de la carrera y del nivel salarial básico del personal. Y fuerte control de precio y calidad en el sector privado de proveedores de insumos y de clínicas.

El modelo puede funcionar si se fortalece con el desarrollo de redes integradas de servicios de salud con liderazgo estatal en cuanto a rectoría y provisión y con fuerte participación popular, conformando una alianza que asuma el mayor peso de la promoción, la prevención y la atención de los sectores populares, establezca estrategias para frenar el drenaje espurio de fondos estatales hacia el privado y logre una negociación firme con los otros sectores. Esta ha sido la posición de Medina y Narodowski (2015) al analizar la experiencia del HEC. Puede ser –con sus diferencias– un buen ejemplo.

Anexos

Anexo 1a. Principales características de los sistemas de salud estudiados.
Reino Unido, Francia, Italia, España, Estados Unidos.

	Reino Unido	Francia	Italia	España	Estados Unidos
ESCALAS					
¿Descentralización?	Seguro nacional. Descentralización vía provisión	Seguro nacional. Descentralización vía provisión pero acotada	Sí	Sí	Sí, pero seguros públicos focalizados regulados por el Gobierno Federal
Sistema de Transferencias estatales	Vía seguro	Vía seguro	Coparticipación y otras transferencias	Coparticipación y otras transferencias	Vía seguro focalizado
Importancia recursos estatales locales	Poca	Poca	Media	Alta	Sólo en el seguro focalizado y baja
ASEGURAMIENTO					
Seguro público universal con fondos públicos o de la seguridad social	Sí	Sí	No-el Estado directo	Lista positiva Nacional, y las CCAA directas	Privado +Público focalizado
Seguros complementarios privados	Pocos, en crecimiento	Alto	Poco	Poco	Altísimo
APS					
Discurso pro APS	Sí	No	No	Sí	Algunos seguros y Medicare
APS-infraestructura	Muy buena	Muy buena	Escasa en regiones atrasadas	Muy buena	Escasa en los seguros focalizados
Legalidad	Autónoma	Privada	Dependiente de la ASL	Pública + otras alt s/CCAA	Privada+centros Medicare

	Reino Unido	Francia	Italia	España	Estados Unidos
Forma de pago	Cápitales	Por servicio	Cápitales	Cápitales	De todo tipo, especialmente cápitales
¿Paso obligado?	Sí (inscribirse y la prescripción de otro nivel)	Sí (inscribirse), prescripción de otro nivel incentivada	Sí (inscribirse), no (prescripción de otro nivel)	Sí (inscribirse y la prescripción de otro nivel)	En muchos seguros sí
Elección	Libre acotada	Completamente libre	No	Libre acotada	En muchos seguros no, según el Plan
Gratuidad	Sí	No, con excepciones	Sí	Sí	Solo vulnerables en Seguro focalizado
Evaluaciones	Muy buena	Caótica, segmentada	Insuficiente y de menor calidad en ciertas regiones	Muy buena	Algunos seguros muy buena APS
HOSPITALES					
¿Uso por el seguro público de camas privadas?	Sí	Sí		Sí	Sí
Legalidad de los hospitales públicos/sin fines de lucro	Mayoría de públicos <i>Trust</i> y otros similares	Pocos con autonomía	Pocos con autonomía	Mayor parte públicos con autonomía y otras experiencias según CCAA	Mayor parte privados sin fines de lucro
Conducción en los casos no privados	Médica	Participación representante del Gobierno	Médica	Participación representante del Gobierno	Médica
Forma de pago	Por servicio	Por servicio	Presupuesto histórico y por serv.	Por servicio	Por servicio
Evaluaciones	Muy buena	Sistema caro	Grandes asimetrías de calidad	Asimetrías entre CCAA	Grandes asimetrías
MÉDICOS					
En APS	Socios del servicio	Autónomos, cobro por serv.	Relación de dependencia/cápitales	Relación de dependencia/cápitales + otras	De todo tipo
En hospitales	Relación de dependencia + pago por servicio	Alto porcentaje aun en relación de dependencia	Relación de dependencia + reciben pacientes privados	Relación de dependencia + pago por servicio	De todo tipo
Autorregulación	Sí	No	Limitada	Sí	No

	Reino Unido	Francia	Italia	España	Estados Unidos
Número <i>clausus</i> histórico	No	Sí	Sí	Sí	No
Poder sindical	Sí	Dividido	Poco	Poco	No
Actuación en sector público y privado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
MEDICAMENTOS					
Acuerdos precios	Sí	Sí	No	No-las CCAA algunas sí	No
Sistemas históricos de definición de precios	Topes por beneficio	Topes por beneficio		<i>Benchmarking</i>	
Legalidad del ente	Órgano independiente de derecho público con participación pública y privada	Órgano independiente de derecho público con participación pública y privada	Estatal	Según CCAA	Estatal

Anexo Ib. Principales características de los sistemas de salud estudiados. Canadá, Brasil, Chile, México, Colombia.

	Canadá	Brasil	Chile	México	Colombia
ESCALAS					
¿Descentralización?	Sí	Seguro nacional. Descentralización vía provisión	Vía seguros privados y provisión. Seguro focalizado nacional	Vía provisión	Vía seguros privados y provisión. Seguro focalizado nacional
Sistema de Transferencias estatales	Coparticipación y otras transferencias	Coparticipación y vía seguro	Transferencia a municipalidades	Vía seguro focalizado	Vía seguro focalizado
Importancia recursos estatales locales	Alta	Alta	Baja	Baja	Baja
ASEGURAMIENTO					
Seguro público universal con fondos públicos o de la seguridad social	Lista positiva nacional y las provincias directas	Sí	Privado + Público focalizado	Seguro social + Público focalizado	Privado + Público focalizado
Seguros complementarios privados	Pocos, en crecimiento	Alto	Alto	Alto	Alto

	Canadá	Brasil	Chile	México	Colombia
APS					
Discurso pro APS	Sí	Sí	Sí/Limitado por las privadas	No	Sí/Limitado por las privadas
APS-infraestructura	Muy buena	En crecimiento, asimetrías regionales	Estatales en crecimiento, asimetrías regionales	Faltan unidades estatales	Faltan unidades estatales
Legalidad	Privada contratada por las provincias	Mayormente pública	Privada + centros públicos	Privadas + IMSS+ Ssa	Pocas públicas para el sistema no contributivo.
Forma de pago	Cápitales	Las estatales con presupuesto histórico y cápitales	Las estatales con Cápitales	Las estatales con presupuesto histórico y cápitales	Las estatales con Cápitales
¿Paso obligado?	Sí (inscribirse), prescripción de otro nivel incentivada	Sí (inscribirse y la prescripción de otro nivel)	No	Sí (inscribirse), prescripción de otro nivel no.	Sí (inscribirse), prescripción de otro nivel, no-
Elección	Libre acotada	Sólo en privados	Sólo en privados	Sólo en privados	Sólo en privados
Gratuidad	Sí	Sí en el SUS	Solo vulnerables en Seguro focalizado	Solo vulnerables en Seguro focalizado	Solo vulnerables en Seguro focalizado
Evaluaciones	Buena	Mejorando, pero aún insuficiente	Insuficiente	Muy insuficiente	Muy insuficiente
HOSPITALES					
¿Uso por el seguro público de camas privadas?	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Legalidad de los hospitales públicos/sin fines de lucro	Mayor parte privados sin fines de lucro	Muy pocos autónomos	Muy pocos autónomos	Avance de experiencias de autónomos	Mayoría de públicos autónomos
Conducción en los casos no privados	Participación representante del Gobierno	Participación representante del Gobierno	Participación representante del Gobierno	Participación representante del Gobierno	Participación representante del Gobierno
Forma de pago	Presupuesto histórico + cápitales (Ontario) .	Presupuesto histórico	Presupuesto histórico y Por servicio acotado	Presupuesto histórico y Por servicio	Por servicio
Evaluaciones	Muy buena	Muy insuficiente/asimetrías regionales	Problemas financieros	Precarios	Problemas financieros

	Canadá	Brasil	Chile	México	Colombia
MÉDICOS					
En APS	Relación de dependencia	Relación de dependencia + contratos precarios	Relación de dependencia + contratos + cápitas	Relación de dependencia + contratos + cápitas	Relación de dependencia + contrato precarios + cápitas
En hospitales	Relación de dependencia	Relación de dependencia + contratos precarios	Relación de dependencia + contratos + cápitas	Relación de dependencia + contratos + pago por servicios	Relación de dependencia + contratos + pago por servicios
Autorregulación	Sí	Limitada	No	No	Limitada
Número <i>clausus</i> histórico	No	No	No	No	No
Poder sindical	Ontario	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Actuación en sector público y privado	No hay	Sí	Sí	Sí	Sí
MEDICAMENTOS					
Acuerdos precios	Sí	Sí	Compras conjuntas	Compras conjuntas	No
Sistemas históricos de definición de precios	<i>Benchmarking</i>	IPC + productividad		<i>Benchmarking</i> + un escalar	costos + <i>Benchmarking</i>
Legalidad del ente	Órgano independiente de derecho público con participación pública y privada	Órgano independiente de derecho público con participación pública y privada	Estatal	Estatal	Órgano independiente de derecho público con participación pública y privada

Fuente: elaboración propia.

SEGUNDA PARTE

Innovaciones en los procesos inherentes al cuidado

Has hasta aquí se han analizado los cambios en la economía y la gestión de la salud, que se han dado desde la crisis del paradigma moderno-fordista y la transición hacia un régimen diverso, que ha sido denominado, posfordismo. Por un lado, nos referimos al agotamiento de las políticas keynesianas y la crisis del Estado de Bienestar, en segundo lugar nos referimos a los procesos de incorporación de conocimiento y de estética en la producción de bienes y servicios, también al cambio comportamental y organizacional producidos por esos procesos que podríamos incorporar en el orden de la subjetividad.

Las transformaciones mencionadas se viven con gran intensidad en la salud, de diversas maneras. Además de la influencia que tienen en la economía de la salud, impactan –incluso más– en los procesos inherentes al cuidado. En este caso la disputa ya no es estrictamente entre liberalismo y sanitarismo sino entre el enfoque industrial del médico hegemónico y el sistémico. Por eso aquí también puede y debe hacerse un paralelo aunque no siempre el mismo es exacto.

En la primera de las dos perspectivas se piensa la salud como una oferta (constituida por la competencia entre médicos, clínicas, etc.), una demanda (conformada por los pacientes) y una tecnología exógena, con un discurso eficientista.

En la segunda, las unidades públicas y privadas producen y ofrecen servicios, en los casos más dinámicos y en respuesta a estos cambios, lo hacen a través de un proceso de trabajo endógeno, intensivo en circulación de información, comunicación y conocimiento entre los

profesionales e incluso en la relación con los pacientes, con la colaboración de investigadores en ciencias básicas y otras aplicadas, retroalimentando el proceso de provisión hacia adentro para mejorar el servicio. El Estado, al menos en los enfoques afines a este planteo, debe garantizar el acceso a la salud con calidad y al mismo tiempo garantizar esos espacios de inversión, producción e innovación pública y privada. Por eso es coherente con un discurso basado en la solidaridad.

Esta complejidad involucra diversos procesos. Por una parte, la temática de la investigación que abordaremos en el capítulo 4. Por otro lado, el vínculo entre los médicos y con otros profesionales y de los profesionales y los usuarios, que da lugar al capítulo 5, en que se analiza la atención centrada en el paciente y las relaciones profesionales no jerárquicas. También las relaciones voluntarias y colaborativas entre subsistemas, es decir la estrategia de redes, que se analiza en el capítulo 6. Estas relaciones, entre profesionales y con los pacientes, y las de red, están atravesadas por el uso de las TICs: publicidad del quehacer institucional, encuestas y otras formas de interacción en la web, la divulgación de noticias de información clínica, servicios en línea como el listado de médicos a disposición, el pago electrónico del ticket, y los mecanismos de e-seguimiento. Este tema se aborda en el capítulo 7.

Cuestiones como las mencionadas: investigación en salud, las nuevas relaciones entre profesionales y entre éstos y la comunidad, las redes y los nuevos canales de información constituyen las novedades más visibles en los sistemas de salud. Son funcionales a los cambios en la gestión y pueden darle contenido a los mismos, cada uno a su manera puede hacer más o menos humano el proceso de cuidado, aunque naturalmente en la implementación nos encontraremos con similares problemas estructurales a los de la primera parte del libro. Habíamos comenzado a abordar estas temáticas en Medina y Narodowski (2015) en relación a la experiencia del Hospital El Cruce, pero se necesitaba una profundización. Por eso se analizan aparte.

CAPÍTULO 4

La investigación en salud

En este capítulo hemos intentado entender qué tipo de procesos dominan la investigación biomédica. Se incluyen como objeto de estudio los diversos tramos (eslabones) del servicio de salud: prevención, diagnóstico y tratamiento, con sus diversos *mixs* de elementos contextuales, dispositivos, uso de insumos y medicamentos. Éstos últimos dos representan la mayor parte de la inversión en I+D y de las patentes resultantes, con fuerte influencia de la investigación básica y alta renta tecnológica; es el ámbito en donde naturalmente más inciden los laboratorios. Los medicamentos según autores como Lichtenberg (2012) contribuyen con el 73% de la mejora de la esperanza de vida, se basan en la importancia de vacunas y antibióticos. Le siguen los dispositivos pero muy cerca. Este es el mensaje tradicional del enfoque industrial en salud.

Finalmente están los estudios sobre los procesos en que intevienen fuertemente los elementos contextuales: la prevención, los diagnósticos y tratamientos considerados usualmente de baja complejidad, pero que serían esenciales en otra lógica (Light & Lexchin, 2012). Mccarthy (2011) afirma que en la Unión Europea, las investigaciones sociales y de los determinantes quedan en segundo lugar por la lógica vinculada a la biotecnología que siguen los laboratorios. Esta posición es coincidente con los planteos del sanitarismo latinoamericano y naturalmente todos aquellos que apuntan a los determinantes y a la participación (Almeida Filho & Silva Paim, 1999). Desde este punto de vista, se incluyen todos los aspectos que van a influir en el diagnóstico y el cuidado del paciente. Inicialmente esta temática formó parte de la “epidemiología clínica” (Lifshitz, 2013; Talavera, 2013; Martínez Cañueta-Gómez & Talavera, 2013). Actualmente podría pertenecer al objeto de estudio de la investigación en servicios de salud o de la “salud colectiva”.

No hemos podido obtener datos sobre investigación por especialidades, si nos guiamos por la facturación de fármacos, las tres categorías principales fueron en 2016 las drogas del sistema nervioso central (25,3%), le siguen las enfermedades cardiovasculares (19,2%), las del aparato digestivo y metabólico (15,8%). Si se analiza por medicamento, entre los diez primeros de

mayor facturación están sólo remedios destinados a artritis, oncología y diabetes. Tal vez esto explica la idea de que la investigación sigue el perfil de morbilidad de los Países Desarrollados, y por eso hay pocos progresos en las enfermedades emergentes y reemergentes predominantes de países subdesarrollados, como por ejemplo la malaria, cólera, chagas o dengue. Las enfermedades respiratorias representan el 9,6% y las infecciosas el 3,9%³⁵.

El proceso investigativo es largo y complejo, se inicia con las hipótesis mismas. La metodología para este proceso es según los enfoques actuales, la investigación traslacional, que parece dar cuenta del cambio epistémico que hemos mencionado en la introducción y su influencia en el proceso cognitivo así como también del rol del conocimiento en la sociedad actual, que introdujo el evolucionismo neo schumpeteriano en el debate económico, pero aplicado al sector de la salud. En este planteo el conocimiento circula horizontalmente a lo largo de todo el proceso de la atención y se focaliza en la clínica, cada subsistema va definiendo sus incumbencias de acuerdo a necesidades, trayectorias, en un proceso evolutivo que dota a la prestación de servicios de valor a partir del concepto de complejidad (Medina & Narodowski, 2015). Intenta resolver la distancia tradicional entre los laboratorios, las unidades de atención y donde se realizan ensayos y los pacientes, también permite incorporar nuevos actores que fungen de intermediarios del proceso.

Investigación traslacional es un concepto que se utiliza en la literatura científica con fuerza desde hace más de una década. A comienzos del siglo XXI, los avances en las ciencias biomédicas y en particular la genómica llevaron a la preocupación en la comunidad científica y los decisores políticos, respecto a que el volumen de nuevos descubrimientos tenga aplicabilidad en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Parece ser una estrategia especialmente impulsada por los Institutos Nacionales de Salud, incluso en los Estados Unidos.

En el plano académico, si bien este movimiento contienen autores de diversa proveniencia epistemológica, muchos plantean que conocimiento científico no es neutral y surge en un determinado contexto social y político. Esta literatura provee modelos que explican la relación bidireccional entre el conocimiento científico, los diferenciales de poder y el proceso de decisión política, de ahí que se recomienda que la comunidad científica sea más consciente y proactiva acerca de cómo se dan estas lógicas en la investigación y en el tratamiento (Morgan-Trimmer, 2014).

En concreto, se trata del proceso de traer ideas desde la investigación básica y las necesidades de la clínica hasta alcanzar la efectividad de los nuevos conocimientos en la población. En otras palabras, lograr la traslación

35 Los datos surgen de PMFarma on line <www.pmfarma.es/estadisticas/>.

desde las ciencias básicas para generar estrategias que protejan y desarrollen la vida humana. Hay consenso acerca de 5 fases (T0-T4) (Fort, Herr, Shaw, Gutzman & Starren, 2017). En las primeras fases se requiere de una traducción interdisciplinaria para ayudar a los científicos básicos a diseñar su investigación para una mayor utilidad en el futuro. Buena parte de los trabajos proponen modelos de interrelación y enfoques para profundizar cada etapa.

En función de generar un ambiente propicio, y construir la posibilidad de esas interrelaciones las políticas hacia los actores de la investigación en salud, al menos en algunos países como los de la Unión Europea, Canadá, América Latina, intentan que éstos se constituyan como parte de un sistema nacional y de sistemas regionales de innovación que incluyen incentivos para la circulación de conocimiento mediante mecanismos de red (Lundvall, 1992).

¿Cómo es la micro del proceso? Éste está a cargo de un equipo de neto carácter multidisciplinario que detenta el comando. Posee un diferencial en cuanto a formación, habilidades, capacidad de gestión del conocimiento y para evaluar la evidencia, y mantiene un vínculo permanente con el resto de los actores por vías diversas.

A la definición de las hipótesis y de los parámetros establecidos para la comprobación por el equipo mencionado, le sigue una serie de procesos simples y repetitivos de laboratorio, bioquímico o incluso de electrónica, según el objetivo. El volumen de pruebas requiere de una fuerte inversión, pero las mismas no son de alta complejidad y pueden llevarse a cabo en contextos menos especializados, pero el comando es otro. Los resultados son procesados por el equipo de comando en el marco de esa relación mencionada con el contexto.

La institucionalidad es más o menos similar en todo el mundo. Encontramos las instituciones típicas, ya sea de fomento mediante fondos o de investigación en general en diversas especialidades, los laboratorios públicos y privados (pertenecientes o no a empresas) y en los últimos años, un conjunto de intermediarios que trabajan para los laboratorios; por último, las autoridades que tienen influencia en el ámbito del ensayo clínico: el comité de ética y los registros nacionales de ensayos clínicos (Fajardo-Caballero & Bayona-Palma, 2011). Recordemos que en muchos países, este esquema de realiza inspirado en el enfoque evolucionista de sistema de innovación.

Si observamos el dato de la producción de fármacos, podemos hacer inferencias –aunque no lineales– sobre el rol que cada país tiene en la investigación. Estados Unidos detenta el 32% le sigue Japón con el 9%, Alemania y Francia con 4%. Luego venía China, que ha logrado consolidar una importante industria. Estos países detentan el mayor nivel de consumo, no olvidemos que el 80% del total se concentra en el 25% de la población mundial. Por eso, Estados Unidos tienen un déficit comercial sectorial de

cerca de 26 mil millones de dólares, le sigue Japón con 17 mil millones, Canadá con 7 mil millones.

Además, estos países son a su vez sede de la mayor cantidad de ensayos clínicos³⁶. En los Estados Unidos se realiza el 30,9% y Canadá 3,6%, Europa representa el 27,3% (Alemania el 4,4% y Francia 2,3%), Asia totaliza el 18,9% (Japón 2,2%, China el 1,7% y Corea 1,5%) .

En cuanto al cruce entre firmas y origen, la dos terceras partes del mercado mundial de medicamentos está en manos de 20 grandes compañías farmacéuticas, a las más grandes se las denomina “Big Pharma”, de las 15 principales, 6 son de Estados Unidos, 2 son suizas y 2 del Reino Unido, hay 1 alemana, 1 japonesa, etc. De las 20 empresas de biotecnología más importantes, 16 son de capital estadounidense. Algo similar sucede en genéricos. En estos países como veremos, hay conocimiento nuevo y además abundante actividad de ensayos clínicos. Sólo en biosimilares crecen más los PSD.

Estas EMN operan generalmente a partir de un fuerte financiamiento estatal y una relación íntima con los capitales financieros globales con laboratorios establecidos en los Países Desarrollados y en casos muy específicos de los PSD. Los gobiernos de los Países Desarrollados además de sostener el financiamiento para educación, para proyectos públicos y mixtos de I+D, han mantenido férreas alianzas con sus firmas. En el pasado, ciertos equipos hospitalarios y universidades públicas eran actores importantes con investigaciones propias pero hoy estos actores –a pesar de los esfuerzos estatales– no tienen el poder ni los recursos suficientes para avanzar por su cuenta.

En los Países Desarrollados

A continuación se analizan algunas características de los países estudiados, en cuanto a su capacidad de producir conocimiento en general, en el sector de fármacos y dispositivos y en otros rubros atinentes a la salud³⁷. Es evidente que el gran actor es Estados Unidos. Como hemos planteado en Narodowski y Remes Lenicov (2012) detenta una cuarta parte del PBI y de la producción industrial mundial, es el principal exportador de inversiones. En cuanto a las políticas de innovación, ya vimos que desde su surgimiento, sus gobiernos han alentado estos procesos aunque la influencia del complejo

36 Hay diversas fuentes de datos no siempre coincidentes, los usados aquí surgen de la FDA on line <www.fda.gov/downloads/Drugs/InformationOnDrugs/UCM570195.pdf>. Entre paréntesis pondremos las que surgen de ClinicalTrials. Gov <<https://clinicaltrials.gov/ct2/resources/download#DownloadAllData>>. Puede verse los datos ya elaborados en Cámara de Comercio de Cali (2017).

37 La descripción es breve pero brinda pistas para quienes deseen profundizar en este aspecto, a veces lejano de los debates sobre la salud.

militar industrial es innegable. Además, ha sido el actor principal del sistema mundial de propiedad intelectual e impulsor de las leyes de patentes en todo el mundo, sobre todo en América Latina³⁸.

Es el país con mayores gastos en I+D y uno de los países que mostró más gasto en investigación y desarrollo en proporción a su PBI: 2,7 contra 2% de China y superado por Japón y Corea por ejemplo. Si se toma en cuenta el gasto per cápita, el orden es Estados Unidos, China, Japón, Alemania. Estados Unidos lo logra con un fuerte componente privado (75%) pero con un aporte de Institutos Nacionales nada desdeñable. En doctorados totales Estados Unidos es primero con 63.616, contra por ejemplo, 7.407 de Canadá. Algo similar sucede con los ingenieros recibidos (OCDE, 2013b). Registra 641.969 de publicaciones en Scopus, contra las 102.428 de Canadá.

Cuadro 7. Datos de I+D

	Argentina	Brasil	Canadá	Chile	Colombia	Estados Unidos	México	Uruguay
Gasto I+D %PBI	0,53	1,28	1,6	0,36	0,27	2,74	0,5	0,41
Gasto I+D per cápita dólares	67,8	112,51	179,3	49,8	15,49	1.580,3	42,8	61,84
% financiado por el Gobierno	73	50,17	22,8	46,4	48,3	25	67,3	28,2
% Gasto orientado a la salud	16,5			10,5	17,2		14,4	
% Gasto orientado a la industria	9,1			17,8			47,6	
Doctorados totales	2.314	20.603	7.407	704	615	63.716	6.225	58
Publicacion SCOPUS	13.519	72.380	102.428	12.976	10.239	641.969	22.345	1.564

Fuente: Ricyt on line <www.ricyt.org/indicadores> o Banco Mundial on line <www.databank.banco-mundial.org/data/databases/page/1?qterm=publica>.

Si bien el sistema funciona a través de una autoridad federal, el National Science and Technology Council y sus alrededor de 700 laboratorios federales, es evidente que el modelo depende de las ordenes de compra de todo el aparato estatal y del empuje de las EMN norteamericanas.

En términos de resultados, Estados Unidos es el país que más cantidad de patentes ostenta en total y de residentes en su país, luego viene Japón, China, Corea del Sur y finalmente los países de la Unión Europea. Estados

38 No abundaremos en este aspecto por la especificidad del mismo.

Unidos es además, el segundo en patentes originadas en su país en todo el mundo, el primero es Japón. Ambos por su lado, casi duplican las patentes vigentes de origen chinas. OMPI (2017) analiza el aumento de las patentes chinas pero al mismo tiempo llama la atención sobre el predominio que aún tienen Japón y Estados Unidos.

Cuadro 8. Datos de Patentes

	Patentes en vigor totales en la oficina nacional	Patentes en vigor según origen en todo el mundo
Alemania	617.307	604.706
Argentina		1.393
Brasil	24.153	9.012
Canadá	175.236	120.343
Chile	12.512	2.509
China	1.772.203	1.238.233
Colombia	6.623	5.369
Francia	535.554	367.476
México	109.238	6.455
Estados Unidos	2.763.055	2.187.226
Japón	1.980.985	2.662.769
Reino Unido	507.973	175.236

Fuente: OMPI on line <www3.wipo.int/ipstats/editIpsSearchForm.htm?tab=patent>.

Ya dimos cuenta del poderío que ostentan sus firmas en el sector farmacéutico mundial, la gran mayoría naturalmente con sus propios laboratorios. Pero además, para dar algunos ejemplos, hay más de 50 Centros de ciencias clínicas y translacionales (Arena y otros, 2011). En sectores de punta, por ejemplo, posee más nano-centros que los tres países que le siguen sumados (Alemania, Gran Bretaña y China). En biotecnología el liderazgo también es claro, las ganancias en este sector representan aproximadamente el 75% de los totales, cinco veces las ganancias europeas. Muchos seguros privados se muestran activos en cuanto a conocimiento para la gestión y desarrollan TICs para la salud.

Canadá es un caso diferente, por la mayor influencia estatal, aunque el nivel de gasto en I+D es bajo, 1,6%. Los lineamientos generales surgen del Consejo para la Innovación de la Ciencia y Tecnología en íntimo vínculo con

el Ministerio de Industria. Éste ha definido como áreas prioritaria la salud, las ciencias de la vida y las tecnologías relacionadas. Hay varios fondos federales generales y otros sectoriales, entre ellos los relativos a salud, y las universidades públicas tienen un fuerte presupuesto. En nuestro tema particular, el ente principal es el del Canadian Institute of Health Research. Hay también un programa que desde 1989 financia redes de investigación a gran escala, the Network of Centres of Excellence. Entes como el Genome Canada y la Canadian Health Services Research Foundation se crearon específicamente para financiar la investigación genética y hay otros similares en otras líneas de investigación. La mayoría de las provincias también tienen agencias. En cuanto a la industria farmacéutica, los laboratorios de marca son multinacionales extranjeras, especialmente americanas y la influencia a nivel mundial es escasa. Por el contrario, Canadá ocupa el primer lugar en dispositivos. A pesar de estos esfuerzos no está en los primeros lugares en cuanto a patentes.

Europa no sobresale, según los datos del cuadro, por su porcentaje del PBI invertido en I+D, con las excepciones de Suecia y Finlandia que destinan el 3,3%. Alemania destina el 2,3%, Francia el 1,9%, Reino Unido el 1,7%, España 1,3%, Italia el 1,1%. En el gasto per cápita Alemania está cuarta, le siguen Francia y Reino Unido. Los Países Bajos, Reino Unido y Francia tiene mayor participación de la I+D pública, en Suiza y Bélgica prolifera la privada. Según los datos de European Commission (2018) Alemania es el país con mayor capacidad innovativa, luego viene el Reino Unido y le sigue Francia.

Se debe tener en cuenta que Alemania y Francia están tercera y cuarta en importancia en la industria farmacéutica mundial y que Alemania tiene un potente sector de tecnología médica, seguida por el Reino Unido, Italia, Suiza, España y Francia. Estos segmentos funcionan como traccionadores de los procesos innovativos y esto se traduce en patentes vigentes. Así, Alemania, Reino Unido y Francia logran un nivel razonable, aunque la suma de las patentes originadas en esos países está por debajo de la mitad de las patentes originadas en Japón.

La mayoría de los recursos públicos para la investigación provienen de los ministerios nacionales, por ejemplo Alemania tiene la poderosa Asociación Helmholtz, es el mayor organismo de investigación con 16 centros de investigación científico-técnica y biológico-médica a nivel nacional; la Sociedad Max Planck, sin fines de lucro creada por el Estado, que actualmente mantiene una red de 80 institutos y desde 1948 tuvo 17 premios Nobel. Con la misma lógica de redes pero en investigación aplicada se creó la Asociación Fraunhofer que es la más grande de Europa. La Asociación Leibniz tiene 86 institutos, veinticinco de éstos están especializados en ciencias de la vida.

Alemania se sitúa primera en ensayos clínicos realizados en Europa y en segundo lugar en todo el mundo. Reino Unido y Francia tiene estructuras similares.

El resto de la inversión pública en I+D proviene de la Unión Europea en base a las directrices de los Programa Marco de Investigación fundamentalmente el cuarto y quinto (1994-2002), en la actualidad van por el octavo. Además está el documento H2020 “ExcellentScience”. En ellos se plantea un modelo sistémico con un discurso eminentemente evolucionista basado en el sistema nacional y local de innovación. Los fondos de proyectos estimulan la ya mencionada investigación traslacional, con un enfoque público-privado. Actualmente están vigentes los del European Research Council y el Competitiveness and Innovation Framework Program (CIP) así como la Innovative Medicines Initiative (IMI2) que financia la asociación público-privada con fondos de la European Commission y the European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). Hay otros planes como el Action Plan Against the Rising Threats from Antimicrobial Resistance que estimulan los joint ventures privados exclusivamente. Para las empresas medianas, hay un Risk Sharing Finance Facility desarrollado por el banco Europeo, aunque solo parecen acceder las farmacéuticas grandes de países menos desarrollados como España o Eslovaquia.

En América Latina

En el caso latinoamericano, la investigación en salud ha sufrido los vaivenes de la investigación en general. En la posguerra algunos países como Argentina y Brasil crearon organismos estatales fuertes, y luego poco a poco lo hicieron todos pero su derrotero dependió del ciclo económico. En los años sucesivos, los modelos se irían acomodando al concepto de sistema nacional de innovación, inspirado en Europa, basado en Ministerios y agencias que administran fondos de proyectos y una normativa que estimula las alianzas entre la industria, las universidades y los institutos de investigación públicos. Claro que la falta de una industria sólida y el escaso nivel de I+D atentan contra las posibilidades concretas. Para 2011, el informe sobre competitividad de la ONU, señalaba que en los países de América Latina existían siete veces menos investigadores que en los desarrollados. Las patentes originadas en nuestros países son muy pocas.

La investigación en salud reflejó todo esto, en los 2000 se suma el discurso traslacional, al menos en los documentos oficiales y además pasó a ser un objetivo concreto de los planes de I+D a través de fondos sectoriales públicos.

Respecto a la industria farmacéutica como traccionadora de la I+D, en Brasil y México, como en Argentina ha habido históricamente un núcleo de

producción fuerte aunque con insumos mayormente importados, además hay un creciente aumento de importación de productos terminados (Abrutzky, Bramuglia & Godio, 2015). Siguiendo a los mencionados autores, en los últimos años ha aumentado las inversiones directas extranjeras de planta nueva con tamaños de planta cercanos al mínimo. Hay poca investigación y desarrollo aunque sí han sido eficientes en producir genéricos y bioequivalentes de menor complejidad. Y a pesar de la fuerte presencia de EMN éstas no ven a nuestros países, ni siquiera a Brasil como destino de gasto en I+D. Sí se reconoce el esfuerzo del Estado y el valor de tener un núcleo de empresas nacionales a fin de pensar un modelo de mayor autonomía .

Por eso Lavarello, Gutman, Sztulwark (2018) valoran lo hecho y plantean que en la actualidad, hay una oportunidad en el rubro de biosimilares para países como el nuestro con una determinada trayectoria general y en bioprocesos previa, a través de la imitación creativa. Esto es así por la presencia de una transición entre paradigmas tecnológicos y específicamente por la caída de patentes de un ciclo anterior. Para eso es central la creación de una institucionalidad acorde. Pero las barreras relativas a los marcos regulatorios, las escalas, y los problemas de las trayectorias tecnológicas en sí, subsisten.

Por otro lado, en estos países en los últimos años se han creado las instituciones regulatorias de ensayos clínicos y éstos han crecido ostensiblemente. Es la etapa más simple de la cadena. El 24% de los mismos se realizan en los PSD, cerca del 6% en América Latina (3%³⁹). Argentina encabeza las estadísticas de FDA on line⁴⁰ con el 1,7% (0,6%), le sigue Brasil con 1,6, según otras fuentes en este país se realiza un porcentaje mayor al de nuestro país (1,3%), luego México con 1,04%, Chile con 0,5% (0,4%) y Colombia con 0,4% (0,3%). Para sostener esta actividad Molina de Salazar & Giraldo (2012) dicen que los comités de ética de nuestros países se limitan a aprobar los protocolos sin mucho control. Ugalde & Homedes (2011) dan casos de anomalías en ensayos clínicos realizados en Argentina. Kottow (2007 y 2012) menciona los casos de pacientes engañados para formar parte del estudio y reclama –como muchos– que no se incluyan placebos en el proceso.

En cuanto a lo que hemos llamado epidemiología clínica y social así como los estudios referidos a la gestión de los sistemas de salud, sí han progresado todos los países de América Latina, con interesantes resultados, es difícil medir los trabajos realizados y su impacto en los procesos concretos. A continuación exponemos algunas características del sistema de innovación en general y para la salud, y con referencia a los segmentos que siguen siendo

39 Recordemos que entre paréntesis estamos poniendo el dato de Clinical Trials. gov

40 Hay diversas fuentes de datos no siempre coincidentes, los usados aquí surgen de la FDA on line <<https://www.fda.gov/downloads/Drugs/InformationOnDrugs/UCM570195.pdf>>. Entre paréntesis pondremos las que surgen de Trials on line elaborados por Cámara de Comercio de Cali (2017).

fundamentales a nivel mundial: la innovación en fármacos y dispositivos de los países bajo análisis.

Brasil es el que más invierte en I+D el 1,28% del PBI, son 112 dólares per cápita, el 50,2% es público. Los gastos dirigidos a la salud (medicina preventiva y social, tratamientos médicos y quirúrgicos) son el 14,5% y los que van a la industria (entre ellos la farmacéutica) el 13,4%. Argentina estaba en 2015 en 0,53% que son 67, 8 dólares per cápita; 73% de gasto es público (gasta menos pero con menos esfuerzo privado), el interesante 16,5% va a la salud y el 9,1% va a la industria.

La autoridad de aplicación de Brasil es el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MCTI), en 2004, se promulga la Ley de Incentivo a la Innovación, en 2007 se define el Sistema Brasileño de Tecnología. El ministerio junto con la Agencia Nacional licita fondos que además estimulan la interacción entre los actores de acuerdo al Programa de Prioridades de Investigación Nacional. Los principales actores públicos que reciben fondos son las Universidades y los institutos de investigación; en la investigación sanitaria los hospitales no aparecen como actores centrales. Los proyectos coordinados con las empresas de medicamentos fueron más difíciles.

La salud, la industria farmacéutica y la biotecnología están entre las prioridades. Según la síntesis de Bianchi y Torres Freire (2018), los hitos más importantes en cuanto a políticas destinados a la cadena farmacéutica y la biotecnología fueron la Política Industrial, Tecnológica y de Comercio Exterior (PITCE), lanzada en 2004, el Programa de Apoyo al Desarrollo de la Cadena Productiva Farmacéutica (PROFARMA) del BNDES; el Programa Más Salud y el Plan de Acción en Ciencia, Tecnología e Innovación 2007-2010; la Política de Desarrollo Productivo del 2008 que define al encadenamiento como estratégico y el Grupo Ejecutivo del Complejo Industrial de la Salud (GECIS). Luego nace PROFARMA Biotecnología. En 2012, la “Estrategia Nacional de CTI” y las “Alianzas para el Desarrollo Productivo”. En 2013 el “Innova Salud”, coordinado por la FINEP con 15 planes de negocios de biotecnología. Los autores concluyen con que esta estrategia no ha tenido los resultados esperados.

En nuestro país el Mincyt, actualmente convertido en secretaría, tiene un rol y una inspiración similar, el sistema de actores tiene las mismas características que el Brasil. y recibe el mismo tipo de críticas. El sector salud fue definido prioritario por los Planes nacionales y en el Fondo Sectorial (Fonarsec) definió como áreas potenciales la Salud, Nanotecnología y Biotecnología. Según el Plan Argentina Innovadora 2020 (Mincyt, 2013) se ponía énfasis en Enfermedades infecciosas, Fitomedicina, Biosimilares, Enfermedades crónicas, complejas con componentes multigénicos y asocia-

das a adultos y Bioingeniería de tejidos o medicina regenerativa. En 2017 había sólo nueve proyectos vigentes.

En cuanto a la industria farmacéutica, Brasil está en el décimo lugar con menos del 3% de lo que producían los nueve principales (Narodowski & Remes Lenicov, 2014) pero tiene un saldo comercial negativo de 5,5 mil millones. En el sector de dispositivos Brasil tiene un rol mundial mayor. Después de China y cerca de México, es el segundo mayor productor de tecnología médica de los emergentes, especialmente prótesis, aunque con poco componente nacional.

Nuestro país tiene un nivel de producción algo inferior y un saldo negativo que ha promediado en los últimos años los 1000 millones. En nuestro país las firmas nacionales explican según Cep (2015) casi el 60% de la producción, pero menos de la facturación. Según mencionan, de los 51 principios activos biotecnológicos utilizados, sólo el 25% es fabricado localmente. No figura entre los primeros 25 en producción de dispositivos.

En relación a los resultados, debe tenerse en cuenta que en Brasil los indicadores académicos son positivos, los doctorados multiplican por 9 a los argentinos, con una interesante proporción de médicos y de graduados en ciencias exactas y naturales. Las publicaciones multiplican por 5 a las argentinas. Las patentes en vigor originadas en Brasil representaban el número más elevado de América Latina, 7 veces por encima de las nuestras, aunque las presentadas en total sólo las duplican.

Le sigue México en I+D, con el 0,5% del PBI y per cápita de 42,8 dólares, con un 67,3% de inversión pública, un 14,4% destinado a la salud y un 47% a la industria. Las autoridades en esta temática son la Secretaría de Educación y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Los principales actores públicos son las universidades estatales, los centros del Sistema SEP-CONACYT; el Instituto Politécnico Nacional, etc. La investigación en salud depende de la Secretaría de Salud con sus Institutos Nacionales y un conjunto de centros de la órbita del seguro. Las directivas surgen del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y luego 2013-2018 y el Programa de Acción Específico de Investigación para la Salud 2007-2012, con lineamientos muy generales y sin los resultados esperados. Los hospitales se deberían asociar al sistema, pero eso ocurre raramente.

En relación a la farmacéutica, México produce por debajo de Brasil y le sigue en cuanto al déficit con 3 mil millones. La industria farmacéutica mexicana tiene un componente de laboratorios nacionales similar a Brasil, y las EMN como en aquel país, no desarrollan investigación local en México. También está detrás de Brasil en dispositivos, pero con un mayor perfil de maquila. México le sigue a Brasil en cantidad de patentes, pero lejos. Está por encima en doctorados y publicaciones que Argentina, pero debajo de Brasil.

Ya vimos que aunque tienen ciertas posibilidades ya que los tres son considerados *farma-emergentes*, los resultados generales y sectoriales no son aún impactantes.

Chile y Colombia son los que menos invierten 0,36% y 0,27 del PBI, 49,8 dólares y 15,5 dólares per cápita, con más esfuerzo público en el segundo que en el primero y más gasto destinado a la salud en Colombia; los dos tienen menos doctores y publicaciones pero más patentes propias que Argentina. Ninguna tiene una industria farmacéutica como la de los primeros tres países, Colombia llegó a tener cierta tradición sectorial en el pasado.

La tarea en el primer caso recae en la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), y se realiza como en los otros países mediante los llamados del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) y del Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF), del que depende el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS). También aquí se intenta estimular proyectos público-privados y con las universidades y también en este caso hay dudas sobre el éxito de la política. En lo que hace a la investigación en salud, intervienen diferentes departamentos al interior del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) y la Superintendencia de salud; los organismos de planificación regional también gestionan el financiamiento de proyectos. Las prepagas tienen poca influencia en el sistema.

En Colombia las instituciones rectoras de la investigación son el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CNCyT) y COLCIENCIAS, antiguo Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas”. Se ha hecho esfuerzos importantes por alcanzar un mayor nivel de visibilidad en cuanto a la producción científica y tecnológica y eso se nota. La investigación en salud se rige por el Plan Decenal de Salud Pública. Los principales actores son las universidades y centros de investigación, con un fuerte componente privado; se debe mencionar el histórico Instituto Nacional de Salud, que a partir de los 2000 inició un proceso de reorganización; también el Instituto de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, el Instituto Colombiano de Medicina Tropical y el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM). Como en Chile, las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios participan rara vez de proyectos y eso atenta contra la investigación sectorial.

En síntesis

La cuestión central pasa en primer lugar por el desarrollo de fármacos con protección del derecho de propiedad y luego de dispositivos y en este

segmento hay una concentración brutal en los Países Desarrollados, principalmente Estados Unidos. La investigación en epidemiología clínica y social, y en sistemas de salud con un enfoque de salud colectiva es fundamental para el cambio de paradigma pero no genera las cuasirentas de los otros segmentos. Parece haber objetivos encontrados que el Estado con políticas debe coordinar.

El rol central es de las EMN de los Países Desarrollados, especialmente Estados Unidos, luego Japón, China, Corea y Alemania. La clave es la potencia de las empresas farmacéuticas y de equipamiento, la fuerza que tienen en los países centrales explica buena parte de los descubrimientos y nuevas aplicaciones, por eso allí predomina el financiamiento y el comando de la inversión privada. Para lograr un cierto desarrollo endógeno impulsado por el Estado, el modelo europeo y el canadiense se sostiene en la construcción de toda una red de instituciones públicas y universidades que acceden a fondos junto a empresas, pero con menos resultados. Por lo que hemos visto en el análisis del gasto en medicamentos, los gobiernos mantienen un delicado equilibrio entre su necesidad de estimular la investigación y controlar el costo de la salud. El modelo no logra ir más allá de replicar la estructura existente.

En América Latina el mayor problema es la debilidad del entramado industrial. Incluso ni en los países como Argentina, Brasil y México en que hay empresas farmacéuticas o biotecnológicas nacionales hay muchos procesos virtuosos visibles ya que excepto en algunos segmentos de complejidad media, las EMN no tienen al subcontinente como centro de su inversión en I+D. Por otro lado, los esfuerzos estatales aún no han dado todos sus frutos. Se ha avanzado en los vínculos regulares entre las empresas, las instituciones de salud y universitarias (Jasso & Calderón, 2013), pero a pesar de los mencionados esfuerzos, muchos autores como Martínez-Palomo (2012) coinciden en afirmar que existe un caos en término de líneas de investigación en los centros estatales y universitarios. Los recursos públicos siguen siendo escasos y hay una fuerte burocratización (Stezano, 2018). Delgado-Bravo, Naranjo-Toro, Castillo, Basante y Rosero-Otero (2014) sostienen que la articulación con las políticas de desarrollo económico y social nunca se ha producido, tal vez debido a su desvinculación de la problemática estructural del continente.

Esta situación se refleja en los resultados en cuanto a conocimiento nuevo, por eso éstos son escasos. La bibliografía muestra que hay nichos posibles pero también que hay grandes restricciones

Como se vio en Medina y Narodowski (2015) en América Latina hay mucho para hacer en investigación clínica, sobre todo en prevención y tratamientos específicos así como en transferencia, estamos convencidos de

que hay que focalizar en cada una de éstas áreas e imbricar los proyectos con la estrategia de redes que veremos luego.

En farmoquímica y dispositivos, se está lejos. En estos segmentos, los Estados deben tener una política clara y generar condiciones –fundamentalmente con equipos de investigación capaces, fondos inteligentemente direccionados y las alianzas necesarias con las empresas especialmente locales– para que puedan desarrollarse proyectos específicos que entrañen búsqueda de conocimiento nuevo en un ámbito de reglas transparentes para el manejo de casos. Los biosimilares son una posibilidad concreta. Limitarnos sólo a la etapa de ensayos puede ser un problema.

CAPÍTULO 5

Atención centrada en el paciente

Tal vez como parte de los cambios sucedidos en la sociedad a los que nos hemos referido en 1.1. y en la introducción de la SEGUNDA PARTE, se ha comenzado a poner en discusión la forma en que se entablan las relaciones entre los actores del sistema de salud. Beach & Inui (2006) las ordenan en tres dimensiones: el vínculo médico-comunidad, médico-médico, e incluso el médico con él mismo. En la primera se hace énfasis en el paciente pero más en la comunidad local, e involucra incluso la relación en el consultorio; en la segunda aparece la capacidad del médico (u otro profesional) para la relación con sus similares; en la tercera, la autoconciencia. Lo que está en discusión es el modelo que ha gravitado desde el origen mismo de los sistemas de salud basado en la profesión liberal (autonomía personal, libertad de contratación, autorregulación gremial) y en el que es central la figura del médico aislado y estableciendo una relación asimétrica con el paciente, con otros médicos y con los otros profesionales no médicos, con el foco de atención puesto en las patologías y sin un contexto político y social crítico (Tešta, 1993). En el que el médico es el médico y el paciente es paciente (Dubertret, 2007).

Para quebrar esta lógica del modelo tradicional de atención, se plantea lograr una renegociación entre los actores e ir a otros acuerdos profesionales, corporativos, sociales, terapéuticos (Jovell, 2001). Claro que obviamente estamos en una etapa de transición, enorme cantidad de sujetos individuales o de instituciones relativizan o cuestionan esos cambios.

En cuanto al vínculo médico-paciente, la relación está condicionada por la ya mencionada asimetría que reina desde el inicio de los sistemas de salud del siglo XIX. El poder jerárquico del primero sobre el segundo se expresa de distintas maneras: el tiempo del usuario vale menos que el del profesional, el médico decide y el paciente tiene que hacerle caso, etcétera. Esto está legitimado en diversos elementos simbólicos del proceso (Acuña, Buffone, Fuks, Lamponi Tappatá, Murano, Scarlato, Veiga, Silberman, 2012). Por eso Carnota Lauzzan (2015) lo llama la “invisibilidad del paciente”.

Tal vez la primera manifestación de la necesidad de un cambio fue la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 de las Naciones

Unidas. Un trabajo de Van Rensselaer Potter de ese año lo considera el nacimiento de la bioética, la cual empezará a tener más importancia en los años setenta. En ese documento se habla del desafío de mejorar este vínculo.

Se suele mencionar el trabajo de Szasz y Hollender de 1956 en el que se diferencia a los actores según actividad-pasividad, pero sin una connotación estructural. Luego Balint en 1964 plantea la idea de “inversión mutua”, en la cual la consulta individual era parte de una serie de consultas que permitirían conocer mejor la personalidad del paciente, su entorno y que al mismo tiempo significaba para el médico una mayor comprensión de su propia actuación (Kaba y Sooriakumaran, 2007). En 1969 Balint acuña la expresión “atención centrada en el paciente”. Rodríguez, Dackiewicz & Toer (2014) rescatan el planteo de Levenstein, McCracken, McWhinney, Stewart, Brown que en 1986 proponen equiparar la agenda del paciente a la del médico.

Por entonces se creaban dos centros de referencia en los Estados Unidos: el Hasting Center of New York y el Kennedy Institute en Washington (Bolderas, 2004; Molina Ramírez, 2014) en los que se publicitaba esta idea. En paralelo se desarrollaba en los Estados Unidos el sistema de seguro Kaiser Permanente, con un discurso que giraba alrededor de la atención integrada basada en la persona. Este es un antecedente fundamental y el modelo sigue vigente.

También en los Estados Unidos, con la encuesta de Picker-Commonwealth Found, nace la tradición de relevar la percepción del paciente individual como un modo de evaluar a los prestadores y exigir un nivel de calidad acorde al precio. De este modo se origina toda una orientación muy vinculada a temas como “la defensa de la competencia”, “la satisfacción del cliente” tradicionales de ese país para mejorar el servicio y también para hacerle sentir al paciente que su opinión cuenta. En Europa como veremos empiezan a implementarse encuestas similares, aunque con otra estética. Luego aparecen los estudios de casos de base antropológica, hoy ambas metodologías conviven.

En América Latina, el debate puede adoptar un tono más duro, especialmente desde el sanitarismo crítico. Se plantea que el modelo tradicional entraña una actitud paternalista-peyorativa del médico hegemónico, autoritaria y verticalista (Falasco, 2005). En este enfoque a diferencia de los argumentos que dieron origen al tema, las jerarquías del vínculo se explican por asimetrías sociales y regionales, económicas, profesionales, culturales, etcétera (Cófreces, Ofman y Stefani, 2014). Petracci, Schwarz y Rodríguez Zoya (2017) acuerdan con esto, poniendo en acento en la situación de indefensión del paciente y llamando la atención sobre la profundidad del problema. Menéndez (2003) se focaliza en la necesidad de lograr un cambio en la mirada del médico, el respeto por las medicinas alternativas,

las posibilidades del autocuidado bien entendido. Klein, Laugesen & Liu (2013) ponen el acento en la necesidad de aumentar el presupuesto general para generar condiciones apropiadas. El diagnóstico naturalmente va a condicionar las propuestas.

En cuanto a las estrategias, éstas giran en torno a varias cuestiones: a la reforma normativa y organizacional que vimos en la Primera Parte del libro, a los mecanismos que estimulan la participación del usuario en forma individual o colectiva, las acciones que hacen a la comodidad del paciente (el ambiente del consultorio, el tiempo de la entrevista, la visita a domicilio, el autocontrol) y las herramientas para mejorar el vínculo propiamente dicho. Temas de los próximos párrafos.

5.1. LAS DIVERSAS HERRAMIENTAS PARTICIPATIVAS

La primera herramienta que vamos a mencionar es la de los relevamientos de la percepción del paciente vía encuestas y los recientes y muy concurridos “share-your-experience websites” donde los pacientes pueden opinar y leer las críticas publicadas directamente, sin la intervención del propietario del sitio, esta estrategia está respaldada en un discurso que se centra en el paciente individual. Los analizaremos como forma de relación entre las partes⁴¹.

En segundo lugar se analizan los mecanismos de participación social con presencia de usuarios en las instituciones de diversas escalas. Éstas nacen como parte de los procesos de descentralización y autonomía en los ochenta y noventa con un discurso más centrado en la comunidad y en la gobernanza del sistema. Son mucho más complejos porque requieren posicionamientos explícitos de los actores y porque atraviesan todo el modelo actual de gestión; en algunos países son un eje central de la política de salud. Si bien este tipo de casos ha sido trabajado en la primera parte del libro, aquí se mencionarán casos específicos que hemos podido relevar, sobre todo de la escala nacional y regional⁴².

En los Países Desarrollados

Estados Unidos ha sido el pionero en cuanto a análisis de percepción. El mencionado programa The Picker-Commonwealth es el antecedente más importante. Se trata de la encuesta que desde 1987 lleva a cabo el fondo del mismo nombre, una asociación sin fines de lucro, con el fin de evaluar y

41 Ya vimos en el capítulo 1.6. los temas atinentes a los sistemas de datos.

42 Hay otros instrumentos que deberíamos mencionar, como los ombusman de la salud de los países nórdicos, de Costa Rica y la Defensoría de los SMS de Porto Alegre así como el portal del paciente de Ontario, pero éstos son diversos.

exigir a los seguros y proveedores. Se pregunta a líderes de organizaciones, unidades sanitarias y pacientes acerca de la presencia en el sistema de las siguientes cualidades: compromiso del líder, visión estratégica, comunicación dentro la organización, ambiente de trabajo, rol de los pacientes y las familias; medición y evaluación y la tecnología de la información. De allí surgió en los años noventa, en Estados Unidos la preocupación acerca de la ineficacia de los centros hospitalarios aislados, atendiendo pacientes pasivos.

Hoy se mantiene esta tradición con la encuesta permanente llamada Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que durante casi 20 años ha venido produciendo encuestas primero presenciales y desde hace algunos años, virtuales. Es la más famosa y se centra en evaluar la calidad de los planes de salud según sus afiliados. Con el tiempo, los datos también se han incorporado en varios modelos de pago por rendimiento (NHFP, 2014). Además, el Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) que incluye pacientes, enfermeras, médicos e investigadores; hospitales y planes de salud; la industria farmacéutica y de tecnología hace estudios *ad hoc* que incluyen la opinión de los pacientes vía web (Fleurence, y otros, 2015; Selby, Bea & Frank, 2012). Los Estados suelen tener su propia encuesta. También los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) tienen la suya y además le piden al paciente que valore con estrellas la atención través de la web.

En Canadá, hay diversas instancias de opinión, sobre todo generadas por el organismo respectivo: el Canada Health Infoway (Infoway) que tiene continuamente encuestas virtuales en su página. Pero en este país tienen mucha importancia los sistemas de participación institucional mediante la presencia en los organismos de conducción de diversos entes, como el Expert Review Committee del Pan-Canadian Oncology Drug Review (Paris & Belloni, 2014) o mediante audiencias públicas, como es el caso de la Revisión Común de Medicamentos (CADTH, 2006). Además, en las juntas regionales hay representantes de los ciudadanos.

A nivel europeo el ente especializado, heredero de algún modo de la estética norteamericana es el Picker Institute Europe, que opera desde 1998 desde Londres. La Comisión comenzó a implementar una Encuesta de Salud pero siempre en conjunto con las de cada país en 2006, la misma incluía el dato de autopercepción. La misma se ha hecho pública hasta 2009. Actualmente la Unión Europea parece poner más énfasis en la Encuesta Europea de Examen de Salud (EHES) que incluye mediciones físicas, como la presión arterial y la recolección de muestras biológicas, como sangre u orina. También está la Encuesta de entrevista de salud europea (EHIS), que se focaliza además en la autopercepción y el uso de la atención médica, necesidades no satisfechas, uso de medicamentos, etcétera.

Estas estrategias tratan de compatibilizar lo que han desarrollado los países. Por ejemplo, en el Reino Unido, el NHS está a la vanguardia con las Encuestas de Pacientes del NHS aunque también hace relevamientos el Departamento de Salud. Además, la página del NHS está plagada de posibilidades de opinar: hay un foro de la comunidad muy activo, un cuestionario que se renueva permanentemente sobre la visión de los pacientes en temáticas diferentes, el foro “Amigos y familia de prueba (FFT)” en el que se pregunta a la gente si recomendaría los servicios que han utilizado. El Departamento de Salud había lanzado en 2016, un conjunto de 45 preguntas sobre discapacidad, en el camino de la redacción del Libro verde respectivo. También el NICE tiene una vasta experiencia en este tipo de relevamientos (Gnanasakthy, DeMuro, Mordin, Copley-Merriman & Mauskopf, 2010). La Care Quality Commission inglesa tuvo un sistema de calificación del proveedor que fue cuestionado por tendencioso y luego interrumpido (Rechel & otros, 2016). De más está decir que buena parte de la institucionalidad británica tiene un componente de participación de los diversos actores.

En Francia la responsable es la Haute Autorité de Santé (HAS) que tiene su cuestionario de satisfacción anual, presencial. El organismo, así como el Ministerio, presenta además encuestas virtuales. En lo que hace a la institucionalidad, existen las comisiones mixtas regionales con presencia de usuarios.

En España, las encuestas de salud surgen en 1983 y como en Canadá hay una preeminencia de respuesta presencial. Primero fue la Encuesta de Salud de Barcelona. Poco después se inició la serie en el País Vasco en 1986. En 1987 aparece la primera Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Desde 1993 el Ministerio de la Sanidad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas viene realizando el Barómetro Sanitario, que mide grado de satisfacción. Los procesos se solapan con las Comunidades Autónomas que fueron pioneras, aunque éstos suelen ser virtuales. Cabe mencionar la Central de resultados del sistema sanitario catalán que publica datos desde 2008 de resultados asistenciales, docentes y de investigación de los centros sanitarios. De más está decir que por otro lado, España tiene los consejos de salud, que son una fuente fundamental de relación presencial entre actores para la toma de decisiones.

Italia también tiene una encuesta nacional pero la actividad no parece asumirse con la misma centralidad que en otros países. En algunas regiones sí hay espacios virtuales con mucho movimiento. Además en esta escala han proliferado los comités de consulta. Un caso interesante es el de Reggio Emilia, Bolonia, que tiene un órgano por distrito compuesto por representantes de las asociaciones de voluntarios, de los médicos generales y las autoridades locales, que debería supervisar la calidad y proponer mejoras.

En América Latina

En América Latina Chile ha sido de los que más ha trabajado en este campo de encuestas a los pacientes⁴³. En 2009 el Ministerio de Salud junto a la Universidad de Concepción llevaron a cabo la medición nacional de satisfacción en base a entrevistas presenciales (Donoso Valenzuela, Díaz Simpson & Peralta, 2009). Desde 2012 hay otra encuesta on line que da origen a un ranking de percepción de satisfacción en hospitales y clínicas (Pezoa, 2013). Además la Superintendencia de servicios de salud tiene en su web la posibilidad de hacer denuncias y comunica los resultados. En cuanto a modelos participativos, más allá de los instrumentos de gestión de la primera parte del libro, en Chile –como en México– se han desarrollado reuniones con pueblos originarios para la elaboración de la reglamentación de la Ley de Deberes y Derechos del Paciente.

En Colombia no hemos detectado una encuesta nacional, pero mientras realizábamos la investigación, el Ministerio de Salud presentaba una encuesta on line para definir las tecnologías o servicios que no serán financiados con recursos públicos, es decir, las exclusiones del sistema de salud. Por otro lado, existen los Comité de Participación Social en Salud, COPACOS, encargados de formular los planes de largo plazo y el Registro de Participación Ciudadana que no muestran señales de pro-actividad.

Brasil ha realizado encuestas sobre la percepción del usuario, pero la última que hemos detectado se hizo en 2003 y según Montekio, Medina & Aquino (2011) con grandes fallas. Pero donde Brasil más parece haber aportado es en la estrategia participativa a través de la conformación en el ámbito del Ministerio, del Consejo Nacional de Salud, 27 Consejos E estatales y más de 5 mil Consejos Municipales, con representantes de la sociedad civil del gobierno, proveedores y trabajadores de la salud. Su tarea consiste en participar de la formulación de políticas. Uno de los mecanismos principales han sido las Conferencias Nacionales. La literatura es contradictoria respecto a este rol, se valora la experiencia pero se plantea que no ha impactado lo suficiente por el escaso ejercicio participativo que tienen tanto los funcionarios como las comunidades. Estos esquemas han sido prácticamente desactivados con el cambio de gobierno.

Argentina parece muy atrasada en ambos segmentos, aunque hay experiencias remarcables; en el sistema público ha habido esfuerzos esporádicos para realizar encuestas de satisfacción, entre ellas, la que se realizó en el Hospital El Cruce durante nuestra gestión y no hay esquemas de participación más allá de la formalidad de los Consejos de Administración de los hospitales en la Provincia de Buenos Aires, muchas veces o desactivados o con una

43 Recordemos que las encuestas para obtener datos de salud se han abordado en el capítulo 1.6.

presencia sólo formal. En el sector privado la encuesta es un instrumento cada vez más utilizado.

En síntesis

El movimiento de la participación mediante encuestas presenciales, telefónicas o en línea ha crecido, la mayor parte de las instituciones desarrollan este tipo de herramientas, sobre todo privadas aunque las oficinas estatales de los Países Desarrollados –menos en América Latina– no le van a la zaga. A estos esquemas se suman los “share-your-experience websites”, que están siendo los más usados.

Estos mecanismos y la construcción de otras fuentes primarias de datos producen insumos para dar información al paciente para la toma de decisiones y a los gobiernos para evaluar políticas y generar cambios más generales (Pearse, 2005; Castro Herrera & Bernal Alcántara, 2014).

Pero muchos autores alertan sobre diversos problemas. Adams (2011) dice que puede haber manipulaciones, sobre todo en las aplicaciones más instantáneas. Bates & Piani (2005) que la privacidad no está siempre resguardada. Y sólo en los casos de una gestión de excelencia parecen contribuir a generar cambios. Sino, representan un mensaje de participación del tipo: “tenemos en cuenta tu opinión” que también tienen un impacto positivo, pero de otra índole.

Lo cierto es que no hay muchos estudios del uso de los pacientes o de los gobiernos de esta herramienta, rara vez se informa en qué medida las opiniones recabadas han contribuido a modificar procesos. De todos modos, se puede afirmar que es un instrumento muy útil.

En el caso de la inclusión directa de los usuarios en ámbitos de decisión o de consulta de los organismos, Fooks y Maslove (2004) decían ya hace tiempo que la participación es más formal que real y que su poder es relativo. Ruiz-Giménez Aguilera & Domínguez Bidagor (2006) denuncian lo mismo para el caso español y Rodríguez (2010) para Francia. El debate sobre los consejos brasileiros gira alrededor de lo mismo. De todos modos este es un proceso en curso, se debe lograr un mayor compromiso de las partes, tal vez eso sea más sencillo en la escala local, alrededor de los centros de atención primaria de la salud y en los hospitales, trabajando en red y en el marco de un modelo de desarrollo inclusivo.

5.2. LA COMODIDAD DEL PACIENTE Y LA AUTORESponsABILIZACIÓN

Si clasificamos las medidas posibles para mejorar el tránsito del paciente por el proceso de cuidado, tendremos por un lado el manejo de los espacios de las unidades: áreas verdes, elementos ornamentales, vidriería, una cartelería

amable, incluso electrónica, etcétera. También salas amplias para padres como ya existen en varios hospitales públicos de nuestra provincia. Nuestra experiencia en el HEC fue muy positiva en este sentido. Otra estrategia es la de instalar locales (de peluquería, tiendas de ropa, etc) o pabellones temáticos para chicos, estos elementos pueden confundirse con la mercantilización del espacio, más común en clínicas privadas.

Por otro lado, tenemos las acciones dirigidas a reducir la presencia del usuario en el hospital con la creación de lugares de transición, como son por ejemplo, los “hoteles de paciente” en Francia o Canadá, en los que se da una oferta de alojamiento con monitoreo y el apoyo necesario, con un equipo multidisciplinario. Este es el caso de la Casa Ludovica para niños que están siendo tratados en el Hospital de Niños de La Plata. De un modo similar, están los lugares para residencia temporal de familiares, muchos especiales para madres de niños recién nacidos o internados, como hay en el Hospital San Martín de La Plata y otros hospitales de la provincia de Buenos Aires y de la Argentina.

Luego viene la atención domiciliaria, que ha tenido toda una revalorización en las reformas. En los Estados Unidos, el Centro Federal de Servicios de Medicare y Medicaid incentiva este método en quince especialidades. La Subsecretaría de atención de Veteranos tiene un renombrado programa de manejo domiciliario de la enfermedad avanzada con esos fondos. España tiene un programa nacional de Atención Domiciliaria (AD) y en ese contexto, se menciona el modelo catalán de PADES para cuidados paliativos. En México hemos relevado el programa nacional, “Médico en tu casa” para el seguimiento de embarazos de jóvenes y también con servicio odontológico y entrega de medicamentos, sillas de ruedas, etc. El equipo incluye trabajadores comunitarios de apoyo. En muchos países este servicio se focaliza en neonatos, como es el caso del programa de visitas domiciliarias impulsado por nuestro compañero Mario Rodríguez en el Distrito de Florencio Varela en la provincia de Buenos Aires. No obstante los programas de internación domiciliaria, más que por comodidad persiguen principalmente objetivos asistenciales en cuanto al tratamiento de los pacientes, como por ejemplo disminución de infecciones intrahospitalarias o contención familiar, y de eficiencia en el gasto, evitando internaciones hospitalarias que son más costosas.

Y finalmente proliferan los esquemas de autocuidados y autoresponsabilización, tema muy tratado en la bibliografía como una estrategia positiva tanto para el paciente como para el sistema (Ferguson y Frydman, 2004; Ferguson, 2007; Valeri & Otros, 2010; Hedgdekar, 2014; Puente, García y Linares, 2016). Se mencionan generalmente mecanismos mediante los cuales se hacen más espaciados los controles hospitalarios y se confía en que el paciente pueda realizar la toma de sus parámetros y estar atento a las

alertas que surjan. Esta estrategia puede ser realizada por ejemplo por las redes de enfermedades crónicas, estatales, regionales, Ongs, que proliferan en todos los países, muchas veces mediante grupos terapéuticos con puntos fijos de encuentro. (OPS, 2014; Bedlington, 2015). Estos esquemas se llevan adelante cada vez más con fuerte uso de TICs⁴⁴ y con estrategias educativas en el orden de las escuelas de pacientes.

Este es un tema polémico, ante todo, importa el tipo de proceso de salud que se deja en manos del usuario, de si éste puede compartir con pares ese control y sobre todo la periodicidad/capacidad de la intervención profesional, siempre se corre el peligro de minimizar el contacto humano. Y queda por discutir un tema que ha sido poco abordado por la bibliografía vinculada a la gestión: el espíritu con que se aborda el concepto, la diferencia entre automedicación, autocontrol y el más profundo de autocuidado, que veremos luego (Menéndez, 2003).

5.3. LA RELACIÓN EN SÍ

Aquí sí nos vamos a referir a las estrategias para mejorar la relación propiamente dicha entre el equipo profesional y el paciente. La revisión bibliográfica muestra un predominio de planteos basados en cambios en la formación de unos y otros a fin de generar capacidades en ambas partes para afrontar ese vínculo, de otro modo. El debate ha sido importante alrededor de la formación universitaria y sobre todo de especializaciones y maestrías. La tendencia es la orientación multicausal o sea integral y social, basada en problemas como modo de enfrentar las nuevas complejidades (Sadana: Mushtaque, Chowdhury & Petrakova, 2018).

Sobre esta base ha habido interesantes cambios de las currículas generales y en los programas de las materias. No así en las didácticas y en la actitud de los profesionales, sobre todo los especialistas cuando dan clase. La tradición individualista y jerárquica atenta contra estas estrategias. Las currículas renovadas surgen en Canadá en la Universidad de Mc Master a principios de la década del setenta y luego con variantes se extienden por todo el país y por el mundo, incluso en Estados Unidos, donde en la actualidad existen cerca de veinte carreras que están agrupadas en una asociación denominada “Beyond Flexner Alliance”, la que tiene un fuerte compromiso con la misión de la profesión y de las escuelas de medicina. Según Castrillón (2009) este modelo de enseñanza implica que se comparten las áreas de conocimiento y los distintos órganos y aparatos del organismo humano que se ven tanto en

44 Por eso esta cuestión es retomada en el capítulo 7.

su estructura como en su función y patología, se le puede sumar el modelo de enseñanza basada en problemas.

En nuestro país el progreso en ese sentido es evidente, tal es el caso de las nuevas currículas en algunas de las carreras de medicina (por ejemplo las carreras de Medicina de la UNAJ, UNLAM, UNS, UNICEN, UNCAUS, Mar del Plata) que son un claro ejemplo de programas integrales y profesores comprometidos con la multidisciplinariedad, aunque el camino aún es largo.

Dentro de este esquema formativo adopta especial importancia las especializaciones en el grado y posgrado de médico de familia, ya que se asume en esta elección una mayor predisposición para acortar distancias, escuchar al paciente etc. Se dan como ejemplos, Inglaterra y España, con posgrados y residencias (Dedeu, Bolibar, Gené, Pareja & Violan, 2015). Brasil es otro caso que como vimos estimula al médico de familia. En ese país la especialización en medicina Familiar y Comunitaria está promovida a nivel nacional por el SUS, pero hay tanta necesidad de profesionales, que todavía hay muchos médicos trabajando en este puesto sin la especialización. En el caso de nuestro país, el desarrollo de la especialidad depende en gran medida de los gobiernos subnacionales. Se encuentran así lugares de mucha tradición como es el caso de la Provincia de Neuquén, que puede mostrar un sistema orientado a la APS sobre todo en las zonas rurales, y las residencias para formar a los médicos generalistas son muy importantes.

En cuanto al paciente, proliferan actividades informales y cursos de todo tipo, sobre todo de asociaciones de usuarios, aunque sobresalen las actividades que sirven para afrontar la enfermedad específica, más que para mejorar la relación con los profesionales. Es de destacar en esta línea a la Escuela de Pacientes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, después emulada por otras comunidades autónomas, que pretende construir un espacio para la generación e intercambio de conocimiento, para compartir experiencias, sentimientos, creaciones e inquietudes. Como plantean Korta Murua, Valverde Molina, Praena Crespo, Figuerola Mulet, Rodríguez Fernández-Oliva, Rueda (2007) “la educación terapéutica se entiende como un proceso continuo, integrado en los cuidados y centrado en el paciente con el objeto de ayudarlo a adquirir o a mantener las competencias que necesita para gestionar mejor su vida con una enfermedad crónica”.

Lo cierto es que, más allá de las estrategias que enumeraremos más abajo, la vía de la formación parece central y debe priorizarse. Naturalmente la formación universitaria, de grado y posgrado y luego, la educación continua.

Como un subcapítulo de la formación, fundamentalmente en el trabajo, Davidson y otros (2007) enfatizan el uso de guías clínicas en las que se presta especial atención a la normalización de lo que se espera del vínculo. De este modo, las listas positivas que usan los seguros incluyen parámetros de este

tipo y también incentivos al buen trato, la escucha, etcétera. Los cursos de capacitación para el buen uso de estas guías, suelen tener un capítulo sobre los vínculos esperados. Éste es un aspecto que recorre todo el libro y en el cual Argentina está muy lejos. Las relaciones entre pagadores y proveedores, como ya vimos está sintetizada en nomencladores muy básicos que en nada contribuyen a la calidad del vínculo.

Otra línea de trabajo –sobre todo en hospitales– es la de la participación de los pacientes en la planificación y evaluación del tratamiento mediante estrategias como el acceso a la planilla diaria, reuniones semanales incluso con los pacientes en salas especiales, etc (Frampton y otros, 2008; Herrick, Gorman & Goodman, 2010; Mitchell y otros, 2012; Kotagal, 2013; Rodríguez, Dackiewicz & Toer, 2014; The Australian Department of Health, 2014). Este tipo de proyectos, suelen responder a fondos específicos que los estimulan que en América Latina y nuestro país no hemos visto aún.

Además han proliferado en las diversas escalas las leyes que amparan a los pacientes explicitando sus derechos, un caso mencionado a menudo es el Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina de 1997 de la Unión Europea. En América Latina este tipo de herramientas están en casi todos los países, por ejemplo México, Chile, Brasil, Uruguay, Argentina. Usualmente se resalta el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad, se regula la participación de los pacientes en pruebas clínicas, etcétera y se crean instancias donde recurrir cuando se cree que esos derechos han sido vulnerados. El análisis del impacto de estas leyes es aún prematuro, pero en nuestro país se ha trabajado muy poco para que se convierta en una institución dinámica.

5.4. ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE ESTRATEGIAS E IMPACTOS

Debemos sintetizar las diversas estrategias y sus alcances, para luego evaluar los logros. Por un lado, están los elementos de las reformas del capítulo 1 que deberían contribuir a la ACP, por ejemplo, los sistemas basados en APS con cápita ponderada por calidad de la atención, los reembolsos por el uso de acuerdos de metas y decisiones compartidas entre el médico y el paciente junto a la autogestión de éste. Por otro lado, están las encuestas y similares, para generar un *feedback* y para que el paciente sienta que está siendo considerado; también los espacios de participación institucional, que debería generar mayor control y sentido de pertenencia comunitario. Posteriormente vimos las herramientas que intentan focalizarse en la comodidad del paciente y hacer más llevadero el proceso y las que incluyen autoresponsabilidad. Por último analizamos los que para la bibliografía son tendientes a mejorar el vínculo en sí: la formación de las partes y otras.

Entonces queda por preguntarse si esos mecanismos, típicos de las reformas de los últimos años y de las nuevas estrategias, han progresado y simplificado la vida del paciente. Luego si el cambio incluye la relación en sí, y si las mejoras observadas se correlacionan con el cumplimiento de los tratamientos, el seguimiento de la pauta establecida, la comunicación de los desvíos, etcétera; finalmente si se ven los beneficios clínicos.

Respecto a las reformas en la gestión, abordadas en la primera parte del libro, damos algunas opiniones representativas: Miller (2014) está seguro de que los sistemas de competencia entre proveedores contribuyen a penalizar a los que no atienden bien a los usuarios y eso produce una mejora. Tello & Baez-Camargo (2015) muestran ejemplos en que el pago al proveedor por parte del seguro está atado a la aprobación del paciente y que eso es positivo. Pero Manigot (2012) parece ser muy cauto dando ejemplos de cómo el estrés de la gestión competitiva y “desburocratizada” genera grandes dificultades para el médico que intenta generar otro vínculo. Debemos pensar que cualquier sistema que genera una competencia desmedida será contraproducente

En cuanto a la participación vía encuestas, sistemas de quejas on line o similares, Hibbard, Greene & Overton (2012) vieron que los pacientes pasivos soportaban más incomodidades que los activos. Agreli, Peduzzi & Silva (2016) hacen una revisión de literatura brasileña e internacional para mostrar que el aumento de la participación genera un impacto positivo en la calidad de los servicios. Al contrario, Genua y Fundazioa (2011) dicen que esos mecanismos de opinión-respuesta, o las intermediaciones institucionales, incluso la presencia de instrumentos de gestión que empoderan al paciente, no logran sacar al individuo del rol pasivo, receptor de servicios, ni logran que los profesionales “compartan” el poder en la relación desde su rol de expertos. No queda claro si el fin –al menos en el sector privado– no es eminentemente publicitario. Es evidente que de todos modos se deben impulsar las estrategias participativas de un modo comprometido y cuidando a ambas partes.

En relación a la cuestión de la “comodidad”, Meterko, Wright, Lin, Lowy & Cleary (2010) concluyen mediante regresiones con que, mejorando el proceso de admisión y controlando la calidad del proceso de la atención, se observa una mejora general en el servicio, al mismo tiempo, el riesgo de recaídas disminuye, aunque modestamente. Pero Epstein & Street (2011) advierten sobre el peligro de transformar la ACP en una versión superficial, con servicios de hospedaje, zonas verdes, comercios etc. Si bien no vamos a lograr con esta metodología cambios claros en las jerarquías, la comodidad del paciente puede constituirse en una clave del respeto que el sistema tiene por su paso por el proceso de cuidado.

La variable “aumento del autocontrol” es resaltada por su impacto en la reducción del gasto y ponderada por sus beneficios en cuanto a la comodidad, se plantea que tiene pocas contraindicaciones en cierto tipo de problemas de

salud, pero se reconoce que hay poca evidencia empírica sobre la relación con el cumplimiento del tratamiento y los resultados del mismo (Robinson, 2005; Ferragut Ensenyat & Cirera Crivillé, 2010). Estas prácticas tienen como contraindicación que pueden alejar en vez de acercar las partes y terminar generando un peso extra en el paciente. Se debe prestar atención a qué procesos realizar de este modo, cómo hacerlo, incluso comprendiendo las características del paciente, y siempre con el apoyo profesional necesario. En la mayor parte de estos temas nuestro país no ha logrado sostener políticas nacionales ni provinciales generales estables y con financiamiento. Los mejores ejemplos en el ámbito público son consecuencia de esfuerzos particulares. Sí se ven este tipo de prácticas en el sector privado.

Para abordar la relación en sí y analizar cambios e impactos hemos encontrado diversas dificultades. Sobre todo porque ha habido mucho análisis de percepción en el que sólo importa la opinión del paciente y menos estudios de caso, los que permitirían realizar indagaciones más objetivas. Por eso no hay respuestas unívocas.

Mazor y otros (2016), muestran que una mejor comunicación durante el tratamiento aumenta la comprensión del proceso y genera mejoras incluso clínicas y que esto está sucediendo. Un estudio de Bertakis y Azari (2011) demuestra mediante el análisis de las consultas grabadas realizadas por 500 adultos, que cuando ambas partes lograban comunicarse y estaban cómodas con el diagnóstico y la estrategia clínica, se reducían las pruebas innecesarias y se minimizaban las derivaciones o dobles consultas.

Wissow (2004) retoma el conocido análisis de 1997 de Levinson realizado mediante grabaciones. En él, los pacientes aprobaban a sus médicos en función de estos elementos: el conocimiento previo, el tiempo disponible, el buen humor, la interacción con participación del paciente, demostrando que estos atributos producían confianza y ésta incidía en el proceso clínico. En los estudios más actuales se valora la imagen de seriedad profesional y la escucha, pero no tanto el involucramiento afectivo. Wissow dice que estas cualidades son siempre más frecuentes pero que aun el contenido biomédico representó alrededor del 90% de la consulta, y el tiempo en que habló el médico fue un 40% más en promedio que el del paciente.

Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson y Diran (2010), plantean que estos problemas de comunicación subsisten, por ejemplo, el personal de enfermería consultado dijo haber alentado la participación y atendido a los pacientes de acuerdo a sus necesidades, mientras que los pacientes dijeron que las enfermeras respondieron a sus demandas en un nivel sólo moderado y que estimularon poco la participación. Recoder (2011) demuestra que si bien las asimetrías y la incomodidad en este vínculo están disminuyendo esto es gracias a la capacidad del paciente de abrirse un espacio, pero aún los problemas subsisten.

Entre aquello que se muestra como novedoso está el elemento narrativo, que ha sido explorado desde la filosofía hermenéutica de Ricoeur. La medicina narrativa es una actitud crítica de los modelos biomédicos que revisa los enfoques profesionales incorporando relatos de la experiencia y poniendo en valor el conocimiento subjetivo, y la emoción a la experiencia científica (Carrió y cols., 2008; Rosa Jiménez, 2017). De este modo se fortalece la empatía en la relación médico paciente, se generan hipótesis novedosas, estimulan la reflexión, se construyen significados y se aportan categorías analíticas que son de utilidad clínica.

Evidentemente, se mezclan atributos como intercambio de flujos de información, empatía, imagen profesional, una cierta escucha, etc. En este sentido hay avances. También hay progresos pero están menos estudiados y parecen más difíciles cuando el planteo es más profundo, cuando se piensa en una relación médico-paciente como proceso colectivo, abstracto, multidisciplinario, comprometido, que genera un tratamiento consensuado por las partes a partir de la trayectoria propia y en un entorno específico tal como lo plantean Menéndez (2003) y Kaba y Sooriakumaran (2007), y que produce además conocimiento nuevo.

Va quedando claro que la ACP debe plantearse en conexión con una perspectiva de atención de la salud ampliada, como un conjunto de contribuciones en atención holística, atención comprensiva, concepto muy defendido por el SUS en Brasil y por el movimiento sanitarista. Y atención orientada a las necesidades. Que debe ampliarse la participación del paciente en el cuidado, en la perspectiva de la autonomía, autocuidado, dejando el profesional el rol paternalista y compartiendo la toma de decisiones, siempre en la idea de constituir un equipo colaborativo entre pacientes y equipo de salud, obviamente sin desmedro de las horas profesionales necesarias. Siempre estimulando la atención humanizada. Obviamente se necesitan cambios estructurales sociales y en la gestión en la salud, además de infraestructura y buenas retribuciones profesionales, inversión en capacitación y tiempo.

El desafío es mejorar la calidad de los procesos y además lograr una relación con el paciente que, contra el modelo tradicional, intente comprender las historias en el contexto de la vida diaria, que haga de los pacientes, actores centrales de su propio diagnóstico y de las estrategias preventivas y curativas. Este modelo probablemente en América Latina produzca más prevención, pero a su vez mayor detección de problemáticas y por ende, mayor nivel de gasto. Algo que debe hacerse urgentemente.

CAPÍTULO 6

Relaciones profesionales no jerárquicas

Como ya vimos, además de la crítica a la relación verticalista entre médico y usuario, surge el cuestionamiento respecto a la relación entre los médicos y entre éstos y el resto de las profesiones de la salud⁴⁵. Se instala en la idea de colaborar y tener un poder similar entre los profesionales, con el foco puesto en el paciente, como gran elemento coordinador. Buena parte de los ejemplos que vimos en la atención centrada en el paciente tiene una contrapartida en el trabajo conjunto de los profesionales.

Como sucedía en el capítulo anterior, se confunden objetivos y motivos diversos aunque no incompatibles: coordinar, compartir decisiones formales, lograr vínculos no jerárquicos, en función de la atención del paciente propiamente dicha, de generar conocimiento, de reducir costos. Las estrategias giran en torno a innovaciones varias en las políticas y en la formación.

Para nuestro abordaje hemos identificado las dos alternativas más usuales. Por un lado, los que apuntan al aumento de la importancia de ciertos roles profesionales, en especial la enfermería en la atención, para equiparar al médico, y por otro lado, las que ponen el acento en el equipo interdisciplinario.

6.1. LAS NUEVAS FIGURAS EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Uno de los dos mecanismos mencionados es la valorización de la enfermería. Es que el punto de partida de la relación entre estos profesionales y el médico se basaba en la obediencia. Vitolo (2012) en ese sentido nos cuenta varios pasajes de viejos manuales en los que queda claro el pobre y limitado rol de la enfermería en el modelo tradicional.

El mecanismo fundamental que han utilizado los países hasta ahora ha sido incorporar cada vez más incumbencias a las ya tradicionales de la

45 La cuestión de la relación interprofesional en la estrategia de la gerencia técnica de las reformas de los ochenta y noventa no será analizada, sólo abordaremos la interacción en el servicio de salud propiamente dicho.

enfermería, generando diversas categorías muchas veces bien diferenciadas y con distintas remuneraciones. La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) representa un salto cuali-cuantitativo. Este proceso ha sido acompañado por nuevas propuestas formativas a fin de crear las capacidades necesarias. Naturalmente la estrategia se suma a las múltiples problemáticas de la enfermería que deben resolverse como un todo, en conjunto con las Asociaciones para avanzar con un mensaje integrador.

Estados Unidos ha sido pionero en los años setenta a partir justamente del modelo de EPA, una categoría que aumentaba las incumbencias ya que permitía ordenar exámenes y realizar la prescripción aunque generalmente en el marco de los tratamientos generales determinados por médicos. Este es el punto más controvertido porque algunas agremiaciones médicas lo ven aún como aspecto no negociable, pero la cuestión ha ido variando con los años y según los países.

En la década de los noventa se desarrolla en Canadá un modelo similar. Luego la figura avanza en Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Holanda, Suecia, Irlanda, España. Actualmente algunos de estos mecanismos, tímidamente pueden verse en América Latina. Hay infinidad de títulos para estas nuevas categorías.

Los motivos de este proceso deben buscarse en la necesidad de afrontar nuevas demandas de atención, sobre todo de enfermedades crónicas y también en función de un reordenamiento del equipo de trabajo (Casajuana, 2005). Esto se ha dado además en el contexto de un aumento del rol de la APS, y la aparición de tantas nuevas profesiones, incluso una cierta pérdida de prestigio de los médicos (Vitolo, 2012). Este autor menciona la feminización de la tarea.

Como también se produce en un momento de una gran presión al aumento de los costos, y este personal tiene retribuciones inferiores a los médicos, los objetivos se pueden confundir.

En el plano de las instituciones, en 2013, la OMS publica el informe de situación sobre la enfermería y hace hincapié en la necesidad de legitimar funciones que ya se venían realizando mediante el desarrollo de la EPA. Ese mismo año la OPS se hizo eco de la recomendación e incluyó la necesidad de estimular este rol en los países de su órbita. En 2015 este organismo realizó el Primer Encuentro sobre EPA en Ontario, el segundo fue en Michigan al año siguiente. Se plantea establecer una red de centros de coordinación para apoyar esta iniciativa.

Con una fuerte presencia de la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería, se empieza a discutir con más detalle el concepto. Estas instituciones definen a la EPA como una enfermería especialista que ha adquirido conocimientos de experto, capacidades para tener un rol autónomo pero también

aptitud colaborativa, ciertas competencias clínicas, integración de conocimientos teóricos y prácticos para tomar decisiones complejas. Se incluyen funciones de liderazgo, la formación de otros profesionales, solicitud de diagnósticos, evaluación de los mismos, determinación de tratamientos y prescripción de medicamentos en casos específicos, según el país (dos Reis Bellaguarda, Nelson, Padilha, Caravaca-Morera, 2015); también la investigación (Bryant Lukosius, Valaitis, Martin-Misener, Donald, Morán Peña, Brousseau, 2017).

Por eso, como ya se dijo, no se debe confundir este cambio de roles con el aumento de tareas de la enfermería certificada, en el acompañamiento, sobretudo en atención primaria y a domicilio, on line y telefónico, las revisiones periódicas del adulto sano o del niño, el triage en emergencias y las consultas programadas (Collins, Levis, Munger & Wade, 2010).

Entre esta enfermería certificada y la EPA, puede ubicarse la gestión de casos, con la función de coordinar, monitorear y apoyar el tratamiento para un conjunto de pacientes (Phillips, 2015). En estos modelos es central la presencia de vínculos en red con otras agencias y procesos integradores (Center for Substance Abuse Treatment, 1998; Van Durme, Schmitz, Cès, Anthierens, Maggi, Delye, De Almeida Mello, Declercq, Macq, Remmen, Aujoulat, 2015).

Evidentemente lo que va a cambiar es el proceso formativo necesario, en casi todo los Países Desarrollados se parte de estudios de grado pero para EPA se exige el máster y naturalmente exámenes para obtener la licencia, diferenciados por complejidad. El problema es que aún hay pocos puestos con este nivel de exigencia, por lo cual puede haber un exceso de oferta de profesionales sobreentrenados. A continuación se analizan las experiencias concretas.

En los Países Desarrollados

Como vimos, el pionero de la versión más autónoma (la EPA) ha sido Estados Unidos, pero previamente en ese mismo país había nacido la gestión de casos, junto con la reforma de la salud mental, luego se trasladó a los hospitales, es el Case Management del American Nurses Credentialing Center. Las Health Maintenance Organizations (HMO) desde los años noventa le dieron un nuevo impulso. Los más famosos son el Evercare, Kaiser Permanente, Veterans Affairs, el PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly), el GRACE (Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders).

Mientras ese proceso avanzaba, se diferenciaban las categorías profesionales según incumbencias: asistentes, enfermería certificada, especialistas en enfermería clínica, practicante. La última, pese a la oposición de la

American Medical Association, puede ordenar exámenes, prescribir ciertas categorías de medicamentos y acordar con el paciente ciertos tratamientos sin la supervisión de los médicos. Estas categorías están en continua revisión y se cruzan con las especialidades, la retribución surge de ese modo.

La American Nurse Association ha sido un actor central, incluso tiene desde 1994 un sistema de acreditaciones que reconoce hospitales que realizan mejoras en el proceso de autonomía profesional (ANCC, 2011). También apoya el Programa Sexual Assault Nurse Examiners, grupo compuesto por enfermeros/as certificado/as para la realización de exámenes forenses y que atienden a la víctima de agresión sexual y documentan el abuso. Muchos hospitales publicitan un perfil “nursing focus”.

En Canadá la evolución es similar, sobresaliendo la gestión de casos de Ontario; la iniciativa Enfermería 2004-2006 le da un nuevo impulso al desarrollo de las diversas categorías, incluso se establecen planes de estudio nuevos para cada una. En 2015 se publica el Marco Nacional de Competencia que fue la base del primer examen nacional para ser EPA –llamadas Generalistas– y así unificar criterios (OPS, 2016). Ontario de nuevo ha hecho punta con la prescripción de medicamentos, mediante un modelo estándar.

El otro país que lo tiene muy bien organizado es Reino Unido, tanto en gestión de casos (es famoso el modelo del Community Matrons del NHS) como en EPA. En este sentido, existen diferentes categorías según su nivel de formación y exámenes, pero también por puntaje y por antigüedad. En los niveles más elevados ha habido un aumento de incumbencias. Además el seguro público ha avanzado en la prescripción: el médico es el responsable del Plan de tratamiento y los otros profesionales deben respetarlo, aunque las EPA tienen un alto grado de autonomía. En ese contexto se viene trabajando en un nuevo programa de formación. En cuanto a la prescripción por cuenta de enfermeros, el Reino Unido es uno de los países que más ha avanzado y hoy es una tendencia la investigación sobre el nuevo rol prescriptor de la enfermería.

En Nueva Zelanda se desarrollaron las PHOs (Organizaciones de APS) mediante redes de equipos interdisciplinarios con un fuerte rol de los enfermeros para el manejo de enfermedades crónicas y grupos vulnerables (Ash-ton, 2003). También aquí como en Australia pueden realizar la prescripción.

En España desde los 2000 se ha promovido este nuevo rol a partir de la figura de la enfermera comunitaria de enlace, la enfermera de continuidad de cuidados así como la enfermera de gestión domiciliaria. Desde el Ministerio se ha estimulado con fondos específicos los proyectos de gestión de casos tal cual los hemos definido (definen el plan de intervención, coordinan las actividades con los profesionales y familiares implicados, captan los casos complejos, definen altas y bajas diarias, ayudan a los pacientes a ingresar en los programas de salud y hacen el seguimiento). Las Comunidades Autóno-

mas han ido por el mismo camino. En Andalucía desde 2002 hay un esquema de gestión de casos para personas con problemas de movilidad, pacientes dados de alta, terminales con un fuerte componente domiciliario. Luego complementado con gestoras hospitalarias. Algo similar es el programa IC-DOM catalán o el PROMIC vasco.

En la prescripción, en 2009 España establece, inspirada en el modelo andaluz del mismo año, la receta de enfermería en insumos y medicamentos no sujetos a prescripción médica (haciéndose cargo de la responsabilidad) y de medicamentos que requieren la intervención del médico pero mediante el modelo de protocolo. Para ello se establecía un sistema de acreditación que nunca llegó a implementarse. En 2015 se publica un Decreto que limita fuertemente esta segunda función porque la somete a protocolos nacionales que no llegan a implementarse adecuadamente y que son muy difíciles es un sistema tan descentralizado. Este decreto fue recurrido por diversas Comunidades Autónomas, que ya habían avanzado luego de Andalucía, hubo grandes debates (Marin, 2015). En 2017 se llega a un nuevo acuerdo por el cual los enfermeros pueden vacunar sin intervención de los médicos, también aplican insulinas, cura de heridas, etc aunque sujetos a protocolos. Y también pueden prescribir medicamentos de tratamientos que previamente han pasado por un diagnóstico y una prescripción de los médicos.

En América Latina

En América Latina el tema se va imponiendo de a poco, empiezan a aparecer los posgrados, pero aun la capacitación de enfermería es escasa, tanto en nivel de grado como de posgrado universitarios. Tal vez porque hay poca legislación que reconozca este nuevo estatus y porque los progresos económicos de los profesionales de enfermería son inferiores a otras profesiones.

Uno de los principales problemas de la capacitación es la escasa cantidad de horas de práctica en el primer nivel de atención. Según un estudio de Cassiani, Wilson, Mikael, Morán-Peña, Zarate-Grajales, McCreary (2017) de 246 escuelas de enfermería en América Latina y el Caribe: Brasil tiene un 83% de la formación en los hospitales y el promedio es del 63%. Para reafirmar el déficit en capacitación, solo el 31,3% tiene integrantes con nivel doctoral, y fuera de Brasil solo el 8,3%.

En Latinoamérica, el nuevo rol de enfermería centrada en la APS, desde hace algunos años se la reconoce como enfermería comunitaria, con gran avance en Colombia y Brasil. La necesidad de realizar visitas en territorio ha sido un pilar fundamental en la construcción social y en el desarrollo de esta rama de la enfermería. Pero la historia evidencia que los hechos han precedido, por mucho, a los conceptos. Es así que la nombrada enfermería

comunitaria ha sido una realidad para enfrentar la crisis de los sistemas sanitarios en diferentes épocas. Esto se puede evidenciar claramente en Colombia donde la organización del sistema de salud deja sin acceso a vastos sectores de la comunidad, y es entonces la Enfermería Comunitaria la que ha cumplido un rol supletorio de otras estrategias de atención en el primer nivel. Es evidente que esto no ha sido un proceso fuera de contexto y sencillo, sino que ha estado bajo el influjo de los procesos sociales y políticos a nivel regional y nacional (Rodríguez, 2017).

En términos formales, los que más han avanzado en la autonomía de la profesión son Brasil y México, donde se pueden prescribir ciertos medicamentos, con el esquema de protocolos predeterminados (Enfermería Universitaria, 2017; dos Reis Bellaguarda, Nelson, Padilha, Caravaca-Morera, 2015). En el primer caso también pueden solicitar y evaluar exámenes en ciertos procesos, regulados por el Consejo Federal de Enfermería. En este sentido ha sido muy fuerte el impulso brindado por la Estrategia de Salud de la Familia bajo el paraguas del SUS. A nivel hospitalario el proceso es más lento.

En Chile y en Colombia no hay una normativa que permita la prescripción. En el primero se le permite a las matronas⁴⁶, pero limitadamente, sí se han relevado casos puntuales donde las enfermeras tienen un rol importante en el seguimiento. En nuestro país la situación es similar se ha ido avanzando para pasar de la tradicional formación técnica terciaria a la formación universitaria y hoy los graduados de ambas trayectorias representan porcentajes similares del total. Las matrículas no responden a capacidades e incumbencias sino que responden al nivel educativo del título (Observatorio Federal RRHH en Salud, 2016). No hemos encontrado experiencias publicadas de gestión de casos al menos como habíamos relevado en otros países.

Sí se ha avanzado es el triage, sobre todo en el sector privado. También en las UPAS y en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, en las primeras con cierta eficacia aunque sufriendo la falta de médicos, pero en los segundos en contextos caóticos y con escasa capacitación de los equipos.

Pereyra y Micha (2016) llaman la atención sobre las dificultades que aún subsisten para que el sistema valore la profesionalización de esta tarea. Además, recordemos que hay una falta notable de personal, incluso comparándose con otros países de América Latina, lo que se traduce en salarios bajos y multiempleo en un contexto de gran segmentación también en la realidad de esta profesión. La situación a su vez se refleja en un sindicalismo dividido en el que la enfermería se ubica en un supuesto segmento no profesional que la perjudica.

46 Enfermeras con una función similar a las obstétricas.

En síntesis

En los inicios el nuevo rol fue visto con esperanzas por los profesionales de la enfermería pero también –sobre todo en nuestros países y de no mediar una mejora en las retribuciones– generaba y aún genera sospechas, ya que siempre está el riesgo de convertirse en una estrategia de ajuste salarial. También los médicos se pusieron en alerta, ya que podía pensarse como una competencia, sobre todo para los generalistas. Sin embargo, luego de este recorrido podemos decir que los profesionales de enfermería están siendo más respetados, incluso han ganado protagonismo. Aunque la jerarquía subsiste, hoy la relación es terreno de disputas mucho más abiertas (Vitolo, 2012).

Las evaluaciones, como siempre, están atravesadas por los intereses y muchas veces parecen sesgadas por la proactividad política de los gremios de la enfermería. Las mismas son generalmente positivas pero no queda siempre claro el cambio que se está evaluando, recordemos que puede tratarse de un incremento cuantitativo o cualitativo de las responsabilidades, lo que no es lo mismo. Hay gestión de casos con diversos niveles de incumbencia, no siempre basados en EPA.

No hay dudas respecto a las bondades del seguimiento. Por ejemplo, el trabajo de Neus Padilla, Ros del Hoyo, Raventós Caštany, Escribano Rueda, Luengo Cascudo, Fabrellas Padrés, Martí Aguasca (2011) evalúa el seguimiento telefónico realizado por enfermeras a 1.400 pacientes con insuficiencia cardíaca, y muestra progresos en el autocuidado, adherencia al tratamiento, etcétera.

En lo que hace a la intervención de EPA en actividades más complejas, como sucedía para la evaluación del impacto de la relación médico-paciente, las opiniones están divididas. Un estudio de meta análisis de Health Quality Ontario (2013), revela evidencia respecto a la efectividad de enfermeras que cumplen roles clínicos de seguimiento de pacientes adultos con enfermedades crónicas en el primer nivel de atención. Esta revisión encontró que las enfermeras especializadas que trabajan con autonomía reducen las visitas al hospital y logran resultados de salud similares a los de los médicos. Los pacientes que recibieron atención de enfermería estaban más satisfechos.

Latter y Courtenary (2004) evalúan la prescripción y muestran cómo el profesional, aunque al principio reporta ansiedad, luego se siente satisfecho, los pacientes reciben mejor información sobre la prescripción y el proceso es más costo-efectivo que el de los médicos, ya que éstos no conocen el precio de medicamentos y se preocupan menos por los costos.

Del mismo modo, Bryant Lukosius, Valaitis, Martin-Misener, Donald, Morán Peña, Brousseau (2017) encontraron que en los estudios de equipos de atención primaria, la incorporación de una EPA en Estados Unidos mejoraba

el manejo de enfermedades crónicas, disminuyendo la necesidad de realizar diagnósticos y visitas a especialistas. Incluso se advierten mejores resultados en la salud misma. Observaron mayor satisfacción y retención del personal aunque dicen que los médicos siguen subestimando a estos profesionales. Contreras y Martínez (2013) llegan a conclusiones similares sobre la bondad de la prescripción y ponen el acento en la necesidad de formación. El trabajo de Weeks, George, Maclure y Stewart (2016) releva 46 comparaciones de prescripción del médico y de farmacéuticos o profesionales de enfermería con diversos niveles de estudios, casi todos en Países Desarrollados, Colombia, Sudáfrica, Uganda y Tailandia, para diversos procesos (incluida la prescripción) y enfermedades: dicen que los resultados (tanto en adherencia al tratamiento, como en la salud y en satisfacción del paciente) son similares. No pudieron relevar lo que sucede ante eventos adversos, tampoco la incidencia en los costos. Newhouse, Stanik-Hutt, White, Johantgen, Bass, Zangaro, Wilson, Fountain, Steinwachs, Heindel y Weiner (2011) comparan la atención brindada por EPA con otros proveedores sin este componente entre 1990 y 2008 mediante diversas variables de proceso y de resultado y concluyen en que estas son similares o mejores.

Pero Morales-Asencio (2014) agrega que hay menos reingresos y visitas a urgencia pero reconoce que los estudios tienen problemas, lo que dificulta la generalización. Center for Substance Abuse Treatment (1998) acuerda con que el modelo es eficaz para reducir la hospitalización, no se ha probado que sea mejor como resultado porque a veces hay poca atención clínica específica. Dice que incluso puede aumentar el uso de los servicios y que se requieren evaluaciones muy específicas para sacar conclusiones. En la misma línea está Van Durme, Schmitz, Cès, Anthierens, Maggi, Delye, De Almeida Mello, Declercq, Macq, Remmen, Aujoulat (2015) para quienes todo depende de lo apropiado de la fuerza de trabajo, el diseño y organización del servicios a medida, la claridad de lo que se pide al personal, el nivel de autonomía, el trabajo en equipo y la existencia de un vínculo estructural con las organizaciones que podrían referir a los beneficiarios. Los incentivos financieros para el personal de enfermería es un punto central, para que la estrategia no sea sólo un modo de disminuir la carga de trabajo del médico a bajo costo.

De las experiencias analizadas surge que el aumento en cantidad y calidad en el rol de la enfermería y la presencia de una nueva figura (la EPA), aun con diferencias normativas evidentes, no siempre en contexto de equipos y sin lograr eliminar del todo la subestimación por parte de muchos médicos, genera una mejor calidad en la atención y por ende una mejora en los resultados obtenidos. También promueve mejoras en la satisfacción de los trabajadores de enfermería, lo que puede extenderse indirectamente a otras profesiones.

Estos procesos podrán ser todavía superiores si se da más autonomía a la profesión pero al mismo tiempo se debe tener mucho cuidado con los niveles de complejidad y de especialización, por ejemplo, aumentando los roles de conducción de los propios enfermeros en ciertos sectores pero no en otros; y también avanzando en la prescripción allí donde no hay riesgo clínico. Para esto se requiere el mayor fortalecimiento de la enfermería en términos de conocimiento y remuneración (por ende, de prestigio). Y sobre todo en ambientes donde se trabaja realmente en equipo y en red. Este es el tema de los próximos ítems.

6.2. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN SÍ

A partir de los debates planteados es que surge la necesidad de la multiprofesionalidad o multidisciplinariedad como requisito de una asistencia integral, es decir, la interacción entre dos o más disciplinas, la cual se refleja en conceptos-claves, dentro de la epistemología y en la organización de la investigación y la enseñanza (OPS, 2008). No hablamos de interdisciplinariedad, como yuxtaposición de disciplinas con saberes especializados ya que ésta sólo legitima el proceso terapéutico fragmentado.

Lo que se plantea aquí es que cada miembro comparta una visión respecto de la labor de sus compañeros de equipo y así se construya un vínculo de interlocución recíproca en un plano de horizontalidad al menos en determinados espacios definidos a priori, que una a los miembros del mismo equipo en pos de las tareas: compartir responsabilidades, tomar decisiones conjuntas, evaluar lo hecho (Baixench, 2012 y Goodwin & Smith, 2012). La idea del equipo es central en este sentido, buena parte de los ejemplos que vimos en la atención centrada en el paciente tiene una contrapartida en esta estrategia.

En este sentido, muchas opiniones se focalizan en la coordinación (Blumenthal, Chernof, Fulmer, Lumpkin & Selberg, 2016), o en la comunicación como un instrumento de ésta y en este sentido, se resaltan las potencialidades del uso de tics (Clough, 2008; Protti, 2014). Otros van –como sucedía en la ACP– al contenido del vínculo: Ham y Curri (2011) dicen que este enfoque de equipos solo puede lograr resultados si los médicos cambian su forma de trabajar. Mitchels y otros (2012) dicen que todo depende de la habilidad con la que los miembros del equipo trabajan juntos.

Los dos puntos de vista son bien diversos, los atributos planteados en primer lugar responden a un problema de contratos, en el segundo caso, a un proceso relacional complejo, pero como veremos a continuación, en las descripciones de casos, en los estudios de impacto y en las recomendaciones, se confunden.

En los Países Desarrollados

En concreto, en los últimos años el modelo de equipo interdisciplinario como coordinador del sistema ha tenido mucha importancia, especialmente –pero no sólo– en la atención primaria; se basa en el concepto de autonomía de la primera parte del libro y además contienen mecanismos y estímulos específicos para lograr sobre todo la coordinación. Por ejemplo los Clinical Commision Groups del Reino Unido son presentados como un coordinador del sistema y además para estimular los equipos, por eso tienen, además de médicos de familia, por lo menos una enfermera y un médico especialista en atención secundaria (Royal College of Nursing, 2016; Wilson, 2015). Se supone que se premia al equipo pero en la vida diaria muchos opinan que funciona como un espacio de varios consultorios, incluso está disminuyendo el número de asociados y aumentando el de asalariados (Roland & Colin Thomé, 2012). El NHS por su lado, ha desarrollado todo un esquema de equipos multidisciplinarios para enfermedades crónicas y mentales que parece dar mejor resultado.

En Francia, el esquema de APS privada-individual obtura este enfoque, lo mismo sucedía en Canadá pero las provincias han encarado reformas interesantes, Por ejemplo los Family Health teams de Ontario incluyen médicos de familia y un equipo multidisciplinario que ofrece una amplia gama de servicios acordados con el Ministerio, generando un excedente que ellos distribuyen como quieren (Rosser, Colwill, Kasperski & Wilson, 2010; Price, Baker, Golden & Hannam, 2015).

España, desde la reforma de 1984 es otro ejemplo, las Comunidades Autónomas basan sus sistemas en una APS formada por equipos. Entre los muchos mecanismos, se estimula la realización de diagnósticos compartidos por los profesionales, lo que obliga a la interacción (aunque a veces se resuelve pasándose el formulario). En muchas Comunidades Autónomas hay problemas presupuestarios para formar los equipos junto a una fuerte demanda asistencial y también se verifican problemas de definición de competencias y también de índole organizativo. El conflicto entre los médicos y la enfermería ha atravesado estas realidades (Del Río Madrazo, 2013). De todos modos, la opinión general, como en Reino Unido es positiva (Lamata Cotanda, 2017).

Del mismo modo, los “Team Care Arregments” (TCA) de Australia, son instrumentos establecidos mediante incentivos para planificar los tratamientos con la intervención de todo el equipo: se definen las metas, los procesos y las partes que colaboran para tratar al paciente (Young, 2013). Bourgueil, Marek, Mousquès (2009) mencionan además a Finlandia, Suecia, Países Bajos y Nueva Zelanda por las reformas para introducir incentivos en esta dirección.

En América Latina

En nuestro continente la tendencia es similar y va junto al desarrollo de APS impulsado por OPS aunque los programas de incentivos son siempre menos potentes. El caso paradigmático es el de los equipos de salud de Familia de Brasil (ESF) ya mencionados en la primera parte del libro y formados por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería y promotores de salud comunitarios de tiempo completo (Macinko & Harris, 2015). El modelo chileno es similar, los centros de salud se conforman con equipos que se guían por el Plan Familiar, pero no queda claro normativamente cómo se conforman los mismos (Vega Romero & Acosta Ramírez, 2014). OPS (2008) valora también los casos de Costa Rica y Cuba. En todos sobresale la convivencia de médicos y enfermeras pero se tiende a la presencia de promotores comunitarios. En los CAPs de la Provincia de Buenos Aires –donde el antecedente más interesante fue el Atamdos– también hay equipos, sin embargo hay un gran caos normativo al respecto y hasta 2015 también se puso el centro en el aumento del rol de los promotores de salud comunitaria mediante un programa específico, que preveía la formación de los mismos. No obstante en la amplia mayoría de los casos el trabajo de los promotores ha sido voluntario, Hoy cuentan con una ley que regula esta actividad. En Colombia desde 2011 la ley indica que la APS debe basarse en equipos multidisciplinarios y redes, pero el entramado de seguros y la debilidad estatal he hecho difícil su implementación.

En cuanto a las estrategias, de nuevo se pone el acento tanto en los Países Desarrollados como en menor medida en América Latina en la educación ya sea en la formación misma o mediante mecanismos tipo talleres de resolución de problemas dentro o fuera del lugar de trabajo, para generar ambientes superadores (Nolte y Pitchforth, 2014; Collins y otros, 2010). Tamayo, Besoain-Saldaña, Aguirre, Leiva (2017) dicen que casi todos los estudiantes entrevistados en Santiago de Chile daban importancia al trabajo interprofesional, pero el 30% decía que eso no se verificaba en los planes de estudios. Rando Huluk (2016) dice algo similar para Uruguay. En Argentina y la PBA, los cambios en los programas de estudio son recientes y el esquema de residentes para equipo de APS aún no pueden ser evaluados, Y han sido muy pocas las estrategias de educación informal de largo plazo direccionados al objetivo de afianzar los aspectos relacionales de los equipos. La ciudad de Rosario podría tomarse como ejemplo de desarrollo continuo de esas estrategias. Un antecedente de importancia como política nacional es el Programa de formación conocido como "Equipos Comunitarios", que funciona desde 2004 en acuerdo con distintas universidades públicas y privadas. Los abordajes normativos sobre equipos de atención primaria, como

el que hemos comentado en la Provincia de Buenos Aires, del decreto 1090, no toman en cuenta estos aspectos fundamentales. Muchos de los logros en este campo responden al impulso de comunidades o de personas.

La realidad es que los centros de APS en los Países Desarrollados y en América Latina, han crecido y se han ido organizando con equipos básicos conformados por profesionales de diversa formación, incluso esto se advierte en muchos hospitales de los Países Desarrollados. Esto sucede en las regiones ricas, en el marco de un ambiente próspero pero en el resto de los países y regiones, en un clima signado por la falta de recursos, los profesionales de enfermería o los médicos jóvenes terminan asumiendo en esos ámbitos responsabilidades mayores, incluso administrativas (Solís Cordero & Guevara Francesa, 2015). Fernández Silva, López Andrade, Sánchez Sepúlveda (2018) hablan de alto *stress* laboral. A eso debe agregarse los déficits en la infraestructura (Marqui, y otros, 2010).

¿Y qué pasó con el vínculo en sí mismo? Las evaluaciones más optimistas, parecen coincidir —como sucedía en la ACP y en el caso de los nuevos roles de la enfermería— en que el intento es positivo para el trabajo, para la satisfacción laboral y para las trayectorias personales (Courtenay, 2006). Backes y otros (2012) decían que los profesionales entrevistados valoraban el trabajo en equipo porque jerarquiza y motiva. Cunningham y otros (2011) hacen una exhaustiva revisión bibliográfica internacional para los países desarrollados desde 1995 a 2009 y muestran que los equipos obtienen más puntaje en cinco de las seis dimensiones de mejora de la calidad identificadas. Taseli (2014) llega a esa misma conclusión para Italia. De la revisión bibliográfica de Epstein (2014) surge que el uso de equipos multidisciplinarios limita los eventos adversos y mejora los resultados, especialmente en la emergencia, pero también lo muestran para el resto de los procesos médicos.

Otros autores dudan, tanto en los Países Desarrollados como en América Latina. Nelson, King y Brodine (2008) dicen que son más los proyectos que buscan coordinar pero que no siempre logran una mejor comunicación, menos aún, relaciones de colaboración. Según Grant (2015) los incentivos económicos no alcanzan para que los médicos quieran integrarse a un equipo. Fox & Reeves (2015) analizan el discurso en torno al modelo en atención primaria y plantean que es muchas veces impracticable, concretamente por la existencia de las jerarquías interprofesionales. Según el informe de Primary Care Workforce Commission (Roland, 2015) aún falta para que los profesionales se reconozcan como equipo pues el intento naufraga en los diferenciales de poder preexistentes y pueden terminar reproduciéndolos. Suter, Oelke, Adair & Armitage (2009) dicen que incluso pueden ser muy conflictivos, sobre todo cuando los médicos perciben una pérdida de poder. Aluttis y otros (2014) dicen que los médicos tienden a dominar la fuerza de

trabajo profesional, lo atribuye a que la formación sigue estando fuertemente enfocada en aspectos biomédicos. Reconocen que ha habido algún cambio hacia equipos multidisciplinarios, pero que aún el proceso es lento. Rando Huluk (2016) analizando el Uruguay concluye con que falta comunicación especialmente entre médicos y enfermera/os, debido a la importancia asignada a los rangos y a la experiencia.

Es que las condiciones descritas limitan lo que pueda esperarse, las muchísimas experiencias positivas tienen una base normativa pero dependen mucho de liderazgos locales. Coincidimos con Aggarwal (2009) quien plantea que el compromiso médico parece modificarse muy lentamente. El cambio es imprescindible sobre todo para garantizar integralidad y enfrentar las condiciones tan difíciles para ciertos segmentos de la población. Se necesitan condiciones materiales aptas y un gran cambio de paradigma, el mismo se aborda en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 7

La estrategia de redes. Un enfoque político

La importancia del discurso de las redes integradas de salud ha crecido en los últimos años en todo el mundo. Parece haber un cierto consenso con la idea de continuo de servicios garantizado por varias organizaciones independientes o no entre sí, tanto públicas como privadas, co-responsables del estado de salud del paciente (Shortell, 2006; Shortell y otros, 1996). En este concepto como puede verse no hay una idea de la lógica de esa interacción, de los factores que la determinan en los diversos contextos, etc, en muchos casos esta cuestión será resuelta proponiendo acuerdos institucionales (Curry y Ham, 2010 y 2011).

Este tipo de definiciones predominan en los Países Desarrollados, incluso en el ámbito de la OMS y el eje está puesto en la necesidad de coordinar los diversos segmentos del sistema; por eso, por ejemplo, Hernández-Quevedo, Llano & Mossialos (2013) o Mackenbach y McKee (2013) parecen usar indistintamente la idea de redes y de instrumentos de integración; MacLeod; Richardson & Patana (2012) y MacLeod (2015), en el contexto OCDE hablan de la integralidad de la gestión como forma de ganar eficiencia y reducir costos, con enfoque similar. En esos planteos el vínculo debería garantizarse mediante contratos (fundamentalmente para permitir derivaciones) y a partir de incentivos financieros. De este modo, la red funciona como otro factor de la producción, para disminuir las referencias a especialistas y a hospitales, ahorrar tiempos, etcétera, en una relación más adecuada de costo-efectividad.

En América Latina el concepto tiene mucha más importancia al menos discursivamente y las versiones son diversas a las de los Países Desarrollados. En OPS (2007) aparecen las redes en relación al énfasis puesto en la atención primaria luego de las reformas descentralizadoras y el aumento de la fragmentación resultante. En OPS (2009) se va algo más allá a partir del objetivo de fortalecer a la autoridad sanitaria e integrar la red pública con criterios de solidaridad y equidad.

Pero tal vez al que más debemos prestar atención, por ser un trabajo especialmente dedicado al tema, es OPS (2010) y porque allí se desarrolla

la idea de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). En este documento se pone el énfasis, como lo había hecho Shortell y Otros (1993), en la coordinación, la integración colaborativa de las acciones de los diferentes actores, como sinónimo de mecanismo de gestión y sin ser taxativo, como en la mayor parte de los documentos de esta institución respecto al rol de la seguridad y la provisión públicas.

Si bien dice que no hay un modelo general, plantea tips que no tienen mucho de novedoso: una población asignada y universalmente cubierta; mecanismos explícitos; formación de alianzas, grupos de práctica clínica pero también mecanismos de integración por contratos e incentivos financieros alineados con las metas de la red; APS multidisciplinaria como puerta de entrada y coordinación; reingeniería hospitalaria y cuidados en el hogar en entornos extra hospitalarios; fuerte apoyo de TICs. Se valoran ejemplos tan disímiles como Canadá, Brasil, Costa Rica, Cuba y Chile, por los esfuerzos realizados.

Vilaca Mendes (2013) está en una misma línea. Plantea entender el sistema como parte de un arreglo poliárquico entre diferentes actores dotados de cierta autonomía, la red es central como instrumento para ello. Pero este autor, al menos en el texto tan importante citado no profundiza en las cuestiones del poder y la subjetividad que veníamos trabajando. Más bien define ciertos principios de la economía clásica y neoclásica: economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; procesos de sustitución; territorios sanitarios y niveles de atención. Se trata de lograr la mejor combinación de concentración, dispersión e integración geográfica y de niveles de atención. Es fundamental la planificación y la generación de capacidad operacional con la coordinación de la APS. El modelo se completa con una regionalización cooperativa, que exige la creación de entes regionales de gobernanza que legitimen las redes y no la descentralización competitiva. Por último, se plantea que el sistema de financiamiento debe alinearse al enfoque.

Por otro lado, un conjunto de autores pueden coincidir con aquel punto de vista práctico pero incorporan las problemáticas relacionales. Por ejemplo, Rios (2007) muestra la red como un acuerdo en base a principios no necesariamente institucionalizados, es interesante porque no considera redes a los arreglos contractuales y más bien propone estimular el asociativismo. Si bien alerta sobre las dificultades que hay en las sociedades latinoamericanas para establecer este tipo de relaciones, no va a los problemas de fondo de las relaciones jerárquicas entre los subsistemas. Algo similar hace Ferlie (2010) que, citando a Ouchi (1991), plantea la red como el lugar del contacto informal, la negociación y el ajuste dentro de una comunidad social de confianza. En este tipo de enfoques, la cuestión del capital social obtura el análisis de

las asimetrías (para ampliar ver Medina & Narodowski, 2015); ni siquiera se abordan los problemas de la relación público-privada y las transacciones mercantiles y no mercantiles.

Entre quienes sí se ocupaban de la relación entre economía, sujeto y poder, la red asume otro sentido. Recordemos que Rovere (1999, 2002, 2004) planteaba la necesidad de establecer lazos sin jerarquías. La red funciona como el mecanismo idóneo ya que permite obturar las demandas de gobierno típicas del autoritarismo o los planteos de privatización para estimular el dinamismo de los actores en momentos históricos determinados. Por eso el autor cuestiona a la OMS por asumir a la red como una institución y no explicitar el rol de los actores, los procesos de reconfiguración realizados por el mercado, etc. En cambio se trata de que la red responda a un sentido de solidaridad de clases y con un fuerte cuestionamiento a los sistemas existentes, por fragmentados y segmentados, organizados desde la oferta por componentes aislados, jerárquicos y que vaya contra esa jerarquía y la burocratización, en base a una alianza entre el personal de la salud y la población en función de sus intereses comunes. Es la apuesta ética de Ubieto (2007). Medina y Narodowski (2015) iba por el mismo camino a partir de la idea de “proyecto político”.

No tan lejos de este pensamiento, en los enfoques cercanos al evolucionismo neoschumpeteriano (la investigación traslacional que ya hemos visto), la red se organiza alrededor de un vacío de saber, el cual activa la colaboración para generar conocimiento. También es la visión compartida de Senge (2012) alrededor de la disposición a aprender o re-aprender en el marco de la “organización inteligente” entendida como un todo interrelacionado vinculado a su entorno basado en compromiso, trabajo en equipo, participación y apertura reflexiva. Es la autonomía responsable, el involucramiento alrededor de los procesos innovativos de Lipietz (1994).

En cuanto a las formas organizativas, se asume que la red sintetiza la competencia y la colaboración que refleja la alianza ya mencionada, dentro de una idea negociada y aceptada, regulada y coordinada. Esto requiere una red en la que el Estado es fuerte, incluso en la provisión (Betancourt, 2010; Ochoa-Jaramillo, 2012; Giovanella, 2013)

Por ende, los mecanismos de trabajo estarán basados en APS, a partir del vínculo interprofesional y con fuerte impulso de las tecnologías relacionales, blandas, potenciando coevolutivamente los recursos humanos, tecnológicos e informativos, individuales y colectivos, de los profesionales y la comunidad (Vilaça Mendes, 2010 y 2013). La contracara es la necesaria pérdida de centralidad del hospital en el proceso de coordinación de la red (Ocampo-Rodríguez y otros, 2013; Vilaça Mendes, Artaza y otros; 2013).

Entonces ya no se habla de modelo de derivación, que algunos managers presentan como el modo de hacer eficientes los sistemas pero que en realidad pueden contribuir a la fragmentación, por la vía monosintomática, impidiendo incluir con pleno derecho los distintos roles profesionales más allá de los márgenes y con la función de suplir las carencias de los titulares (Urbieto, 2007). Más bien se trata de pensar que hoy estar en red es poner el compromiso a favor de generar sinergias para transitar el tratamiento, que no parece posible con la intervención profesional aislada, pues la red forma parte del tratamiento mismo. Todos estos aspectos son los que hacen de la red, un mecanismo disruptivo del modelo tradicional.

Estos elementos condicionan las políticas o los proyectos que hemos intentado captar en el relevamiento realizado. Específicamente buscamos redes integradas por actores autónomos, conscientes, que establecen relaciones horizontales, explícitas, de colaboración, para la mejor atención y para la innovación, por ser consideradas positivas en el intento de modificar el modelo hegemónico. Las diferenciamos de aquellas que se realizan para fortalecer el mecanismo de derivaciones, los programas vinculados a enfermedades crónicas que se plantean bajo la forma de red, las actividades de asociaciones que nuclean actores bajo una misma institucionalidad, etc. En total hemos analizado 412 ejemplos distribuidos en diez países. No consideramos aquí ni los procesos de descentralización que supuestamente empoderan a los actores, ni los instrumentos generales de coordinación o integración, que están en la primera parte del libro. A continuación el análisis.

En los Países Desarrollados

En la explicitación de la red como política nacional, sobresale Francia que se propone fortalecer la colaboración de los servicios por medio de redes desde los 2000, en un contexto en que la derivación es obligatoria (Durand-Zaleski, 2016). Específicamente, está vigente el Programa Regional de Salud con fondos para financiar este tipo de emprendimientos en los que se producen alianzas entre hospitales, especialistas, centros municipales y las nuevas formas asociativas de APS. Los medios virtuales dan cuenta de estos esfuerzos en las diversas regiones. Ya algo más alejados de nuestro concepto de red, relevamos la instauración de 37 centros especializados para el manejo multidisciplinario de determinadas enfermedades, que se manejan con otros centros que les envían pacientes; relevamos además nuevas asociaciones de pacientes y proveedores, con fines específicos de atención domiciliaria, por ejemplo. En ninguno de éstos casos queda claro el carácter colaborativo, tarea difícil por el componente privado de APS y la autonomía de los actores del segundo nivel.

En Reino Unido, sucede lo mismo, el NHS viene difundiendo desde los noventa, en paralelo con la descentralización y autonomización de la provisión, documentos de impulso de las redes colaborativas, aunque muchas veces la estrategia se confunde con la creación de asociaciones civiles para la atención. Por ejemplo, en 2014 nace dentro del NHS Networks el Programa “Vanguardias”, 37 planes piloto de asociación entre actores que se centran en la atención primaria ampliada y la atención hospitalaria integradas para detectar rápido los potenciales pacientes de alta necesidad y alto costo. En realidad se financian contratos para incentivar a los proveedores a colaborar en el cuidado de estos pacientes complejos, el esquema termina siendo similar a los CCG (Thorlby & Arora, 2016). Otra estrategia similar es la de los Strategic Clinical Networks (SCN) creadas en 2013: son grupos de trabajo compuestos por organizaciones sanitarias, las juntas locales de educación y formación y las redes de investigación clínica. Las primeras 4 redes fueron cáncer, enfermedades cardiovasculares, materno infantil, salud mental y condiciones neuronales (NHS Commissioning Board, 2012a y b). Algo más colaborativa parece la red de traumatología dependiente de Health London y formada por cuatro centros especializados para coordinar la atención prioritaria y disminuir los atrasos, asociada a los incentivos y a la reducción de listas de espera.

En España, a nivel nacional, no se habla de red, excepto para apoyar el registro obligado en APS y para el caso de objetivos de coordinación macro entre instituciones del sistema, en un contexto de descentralización administrativa, por ejemplo: la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la Red Española de Universidades Saludables, o la Red de Escuelas de salud para la ciudadanía.

En cuanto a las Comunidades Autónomas, en el País Vasco, hemos detectado el acuerdo Comarca Interior AP-Hospital Galdakao o el proyecto de la Subcomarca Tolosaldea, que vincula centros primarios y clínicas, en ambas Vázquez, Vargasa, Nuñob & Toro (2012) intentan mostrar un cierto espíritu común. En Sevilla capital y el Aljarafe se promociona la experiencia de la vinculación entre los centros de salud y el Hospital Virgen del Rocío para la detección precoz de los tumores de piel, cánceres y hemangiomas infantiles mediante un sistema de consulta virtual. En Valencia, el Hospital Universitari i Politècnic La Fe trabaja coordinado con los centros de Atención Primaria, para mejorar el sistema de derivaciones y contrareferencia. En Navarra las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) se integran con el Complejo Hospitalario de Navarra, el Hospital García Orcoyen de Estella, y Hospital Reina Sofía, de Tudela, los centros de Salud Mental de referencia y los equipos de apoyo domiciliario de cuidados paliativos del Hospital San Juan

de Dios para coordinar derivaciones. De todos modos, en ninguno de estos casos se promocionan proyectos colaborativos específicos.

En Cataluña hay menos vestigios aun de nuestra definición: allí se utiliza la palabra red como sinónimo del conjunto de proveedores a los que les compra servicios CatSalut o a fusiones como Badalona Serveis Assistencials o Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, en ambos casos con integración de la propiedad (Henao-Martínez y otros, 2008). Como ejemplo de coordinación puede mencionarse el acuerdo entre Consell Comarcal del Maresme y el Ayuntamiento de Mataró, pero también en este caso finalmente se formó un consorcio con un presupuesto único.

En Italia el término es usado de nuevo como sinónimo de sistema de salud o para mencionar la renovación formal de la institucionalidad de atención de enfermedades crónicas. En este último caso parece virtuosa la Red Regional para el tratamiento de enfermedades raras que se compone de un centro con funciones de coordinación y 38 nodos. No se publicitan los proyectos conjuntos. Hemos encontrado un mayor uso del concepto a nivel regional. En Lombardía se publicita la Red Salute-HPH, un proyecto que se inició en 1998, y en el que participan 69 estructuras, públicas y privadas. Pagan una contribución a la red, están conectadas informáticamente, tienen un coordinador regional que se encarga de mantener relaciones con los coordinadores locales y funciona mediante el desarrollo de proyectos específicos, financiados *ad hoc*. En la región del Veneto está la Red Regional de Trauma, que coordina salas de emergencia por lesiones, los centros de trauma especializados y sus símiles locales. Este proyecto permite reducir tiempos de espera y además se ha detectado un sistema de calidad común y actividades de capacitación. En Nápoles hemos encontrado varios proyectos de red: de hepatología, otra de endocrinología metabólica y una de onco hematología, en las que se intenta fortalecer la referencia y contrarreferencia.

Canadá y sus provincias también publicitan sus políticas con el concepto de red, pero de nuevo se ve que en orden de importancia sobresalen las que apuntalan el funcionamiento normal de referencia y contra referencia, muchas de enfermedades crónicas y de atención de ancianos y también redes de I+D que ya hemos analizado en el capítulo respectivo.

En Estados Unidos la palabra *network* tiene múltiples acepciones. Los seguros usan este nombre para referir al paso obligatorio por la APS: han seguido el camino de Kaiser, lo mismo los Accountable Care Organizations, impulsados por los continuos llamados a prestadores por parte de los Centros Medicare y Medicaid (CMS) o los centros públicos dependientes de los Estados que atienden sectores vulnerables asegurados. No son una red en el sentido mencionado. Sí lo es Partnership for Patients Program, del CMS que comprende 26 redes de participación hospitalaria que trabajan en

proyectos colaborativos de capacitación (Pronovost & Jha, 2014). Hay otra infinidad de redes de investigación y tecnologías, que escapan al planteo que estamos haciendo.

En América Latina

Ya hemos visto el debate suscitado en nuestro continente ¿Qué sucede en la práctica? En Chile, hay una Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que toma el concepto de RISS de la OMS, que se ocupa fundamentalmente de las políticas relacionadas con la estrategia de APS y su vínculo con el resto del sistema, cuestión central si se piensa que se estimulan los hospitales autogestionados y no hay obligatoriedad de pasar por un centro de atención primaria (Vergara & Bisema, 2009; OPS, 2016). A pesar de esta supuesta relevancia que se le da a las redes, no hemos encontrado proyectos de coordinación y/o colaboración de actores autónomos. Una de las más promocionadas es la Red de Centros de Salud Familiar Ancora, de la Universidad Católica que tiene un enfoque estandarizado para la planificación del tratamiento y la coordinación de casos. Otro proyecto que se publicita y que parece activo es el de la red de los Centros de Cirugías menores, que incluye la coordinación por teléfono o por internet con la APS. A nivel local, la región del Bío Bío publicita una red para coordinar la atención de pacientes renales que son derivados desde las postras al Hospital público de Las Higueras de Talcahuano. Si no fuese por las actividades de formación que incluyen, ambos proyectos podrían ser considerados como los típicos de referencia-contrarreferencia.

El gobierno de México, también es uno de los que usan el concepto de RISS desde que se establece el Modelo Integrado de Atención a la Salud y se divide el territorio en 18 zonas. Originalmente se pretendía articular los hospitales con los otros actores de cada territorio, pero no parece haber resultados claros, las derivaciones están desarticuladas y no se ven proyectos colaborativos. Por eso el Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Secretaría de Desarrollo Social, 2014), está impulsando la creación de mecanismos jurídicos para formalizar la integración. Uno de los experimentos más publicitados es la Red Mexicana de Municipios por la Salud, una plataforma para compartir experiencias, proyectos, etc. La última información sobre reuniones regionales es de 2013, la última reunión nacional de la que contamos con Acta es de 2016. Allí aparecen experiencias interesantes de APS pero no de redes.

Sí se relevaron los programas para enfrentar las enfermedades crónicas, como la red de enfermedades cardiovasculares, que ha avanzado en las guías clínicas y en varias salas de hemodinamia para intervenciones rápidas.

En Colombia el Ministerio de Salud también usa el término “redes integrales”. La regulación exige a las EPS e IPS que coordinen, bajo el comando de las primeras, con las entidades territoriales correspondientes, sobre la base de reglas técnicas de eficiencia pero obviamente esta tarea se dificulta por los objetivos presentes en los seguros y proveedores privados. Los que sobresalen como casos de redes virtuosas muchas veces son parte de los contratos entre EPS e IPS, que abusan del término. En Bogotá se publicita de un modo similar la reorganización del sector salud a partir de cuatro subredes que deben funcionar de manera integrada con las áreas de recursos humanos, financieras y contables, sistemas de información, planeación, jurídica, de cada unidad prestadora, supuestamente para dar fin a la competencia desmedida. El modelo se propone dos grandes objetivos: eficientizar procesos administrativos y coordinar la relocalización de pacientes para generar turnos de urgencias y de cirugías. En otros departamentos el uso del término es similar, por ejemplo, Caldas anuncia haber sido el primero en inaugurar el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, que debe coordinar en red la referencia y contrarreferencia en los 27 municipios, sobre todo en lo relativo al régimen subsidiado. Medellín y Metrosalud también tienen un centro regulador para resolver urgencias y derivaciones. Además, están la Red Nacional de Laboratorios, pero en una tarea muy vinculada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, desconocemos el grado de colaboración existente. Lo mismo la Red de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales y la Red de donación y Trasplantes, parecen las antiguas instituciones con otro nombre.

Fuera de estos pobres ejemplos, alejados de nuestro concepto, sí parece alentadora la “Alianza por la APS”, que define las estrategias para la consolidación de un red nacional de fortalecimiento de capacidades territoriales en un modelo en que participan todos los actores. Sólo que no se dice cómo se está implementando ni aparecen casos. En los últimos dos años no hay información alguna.

En Brasil, la estructura del SUS está pensada y se publicita como sistema de redes de cuidado de la salud (RAS), alrededor de la APS. Algunos Estados, a este modelo le ponen nombre de fantasía. En Vilaca Mendes (2013) se plantea que no siempre se verifica la relación con el segundo nivel, tampoco la participación comunitaria, aunque describe diversos casos positivos. Otras “redes” publicitadas son las de pacientes específicos como la “Red de Cigüena” o la Red del Banco de Leche Humana, nucleando actores de diversa índole y escala. Como en otros países, se presentan en forma de red el conjunto de entidades vinculadas a la Política Nacional de Sangre.

A nivel Estadual, la OPS rescata los casos de la Red de Hospitales Comunitarios de San Pablo en Minas Gerais, Tocantins, Pará y Paraná, con una

gestión realizada por una Organización Social, o una alianza público-privada. Pero en todos los casos ha habido una integración societaria.

En nuestro país, desde el año 2013 funciona el Programa Redes en el Ministerio de salud de la Nación, en el cual cada provincia presentaba proyectos diversos. Hasta 2015 los proyectos fueron 106, de los cuales 39 solicitados por la PBA, sólo un 9% se gastó en honorarios, el resto insumos y equipos, aunque los objetivos sobrepasaban el tema equipamiento, parecen haber tenido esa impronta. Según el último informe de 2016, por entonces sólo se compraban algunos bienes de capital. Según el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2017), estaba proyectado para 2018 el REDES 3 que incluye un relevamiento de los CAPS.

En la Provincia de Buenos Aires se respaldaron estas políticas mediante la Dirección Provincial de Integración de Redes y Regiones Sanitarias, con la dificultad que generaba la separación de esta dirección de la que dirige los Hospitales (la DPH). En realidad la experiencia fue variada, dependiendo especialmente de los Directores de las Regiones Sanitarias. Actualmente el organismo ha perdido peso.

En el caso de la Región VI, su Director hasta 2015, nuestro compañero Vicente Ierace dio impulso a la Red Sudeste, que abarcaba los municipios de Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes. La misma tuvo vida propia a través de diversos procesos de coordinación para mejorar el sistema de derivaciones, y también un conjunto de capacitaciones. Actualmente la Red ha perdido apoyo, pero sus miembros mantienen la relación. Sin dudas que la puesta en marcha y la gestión del Hospital Alta Complejidad en Red “El Cruce” Dr. Néstor Carlos Kirchner, impulsó y cohesionó el desarrollo de esta red. En este ámbito debemos mencionar también principalmente la Red pediátrica que es la más avanzada y las de otras especialidades que son propulsadas por este hospital con otros establecimientos de la Red Sudeste.

Actualmente la Ciudad de Buenos Aires, el Estado Nacional y la Provincia de Buenos Aires están promoviendo la conformación de la Red AMBA⁴⁷, del decreto 1090 con elementos ordenadores interesantes pero limitada especialmente a lo administrativo. Está red por ahora tendría un alcance de fortalecimiento y equiparación del primer nivel de atención en algunos distritos del conurbano bonaerense y CABA, pero con un enfoque de red, que podría expandirse en un futuro, Naturalmente sin el espíritu disruptivo que nosotros hemos planteado y en un contexto general de ajuste.

47 El Área Metropolitana (AMBA) incluye 40 municipios, comprendidos como una Megalópolis, con límite físico en el Río de la Plata e imaginario en la Ruta Provincial 6, y recorre una superficie de 13.285 km². Según el censo de 2010, cuenta con 14.800.000 habitantes, que representan el 37% de los habitantes de la Argentina.

En síntesis

En los países centrales, a nivel de debate teórico, las redes son sinónimo de integración y coordinación e incluyen todos los mecanismos del cuasimercado para lograrla (con diverso *mix* en cuanto a la relación público-privada). En América Latina están asociadas a un problema grave, la fragmentación, por eso están más presentes al menos discursivamente y tienen mucho espacio en los ámbitos de difusión institucional como las webs.

De todos modos, en ambos casos proliferan los proyectos de fortalecimiento de la comunicación entre hospitales y APS, estrategia que es central si se quiere lograr el rol de *gatekeeping* de ésta última, incluso en América Latina han proliferado con ese nombre los centros reguladores de pacientes. También hay muchas redes que sirven para darle un nombre más actual a las instituciones clásicas especializadas en enfermedades crónicas con filiales en el territorio o que surgen de fusiones legales y contables entre proveedores.

Pero no eran las que buscábamos. Hay poco de redes horizontales (entre hospitales, entre centros de APS, entre ambos), colaborativas, participativas y con actividades que permitan generar un desarrollo coevolutivo del sistema en cada escala⁴⁸. Los modelos de proyectos institucionalizados con actividades conjuntas que tienden a la construcción de este tipo de vínculos puede ser un paso.

Como venimos analizando desde el enfoque sanitarista, el tema de las redes integradas debe ser encarado teniendo en cuenta las asimetrías estructurales pero también hay que dar cuenta de un cambio epocal y priorizar la participación autónoma de los sectores populares, sin desmerecer el carácter profesional y el vínculo que permite la generación de conocimiento en el sistema; es decir que estamos ante una nueva capacidad de resolver los problemas singulares de un territorio por el conocimiento colaborativo que generen sus propios actores. Estos elementos deben ser constitutivos de un sentido nuevo que involucre una alianza entre el Estado, los sectores populares, las Obras Sociales y las empresas de la salud más comprometidas y dinámicas, dispuestas a trabajar con rentas normales. A partir de un aumento del presupuesto y con una APS y la rectoría estatal fuertes, enfrentando las jerarquías existentes.

48 Estos proyectos son muy micro, conocidos por el territorio pero difíciles de captar por el tipo de búsqueda que hemos hecho basada sobre todo en los medios de comunicación, pero la carencia de casos es llamativa.

Cuadro 9. Objetivos de las redes

	Mejora comunicación entre Hospitales	Mejora comunicación Hospitales-APS y emergencias	Mejora comunicación	Formas de integración legal y contable
Estados Unidos		x		
Canadá				
Reino Unido	x			x
Francia		x	x	
España		x		
Italia		x		
Brasil		x		
Chile		x		
México		x		
Colombia		x		

	Asociaciones con pacientes	Redes basadas en experiencias, investigación capacitación	Redes como sinónimo de instituciones y sus filiales	Formas de integración legal y contable
Estados Unidos		x		x
Canadá		x	x	
Reino Unido	24.153			9.012
Francia				
España			x	x
Italia			x	
Brasil	x		x	x
Chile				
México		x		
Colombia				

Fuente: elaboración propia.

Y pensar que hoy estar en red es transitar el tratamiento en forma colectiva. Ya pasó el tiempo de los saberes absolutos, por eso todo lo que se actúa debe ser planteado desde el aporte que cada uno de los nodos puede brindar fundamentalmente desde el lugar que ocupa y su propia trayectoria. Por eso, cualquier intervención en red debe estar plenamente legitimada por las instituciones que la impulsan, aun cuando suponga cierta subversión al modelo oficial existente. En esa línea, por ejemplo para la Provincia de Buenos Aires, una política en pro de las redes implicaría cambiar el rol de la DPH y dar mayor autonomía a las regiones y subregiones, modificar la coparticipación y los procesos de construcción de los presupuestos. También para este caso, modificar las prerrogativas de los hospitales para los convenios con terceros y el uso de fondos. Y sobre todo, generar espacios de interacción que impulsen proyectos colectivos que incluso desafíen procesos establecidos. El HEC y el intento de la red Sudeste fue un buen ejemplo en tal sentido (CFI-Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires, 2015). De no estar institucionalizada la intervención en red y sin el impulso formal de las iniciativas, por más que los casos terminen siendo positivos, reproducen la marginalidad con que son enfrentados los problemas.

CAPÍTULO 8

La irrupción de las TICs en la salud

A lo largo de todo el libro, pero especialmente desde el inicio de la segunda parte, se puede observar el rol que va teniendo la información y las tecnologías de la información y las comunicaciones en la organización del sistema, en procesos que tradicionalmente eran presenciales y manuales por eso veremos que a cada debate realizado a lo largo de este trabajo se le suma uno más cuando se usan las TICs.

Lo cierto es que la herramienta ha sido incorporada en diversas áreas por los seguros, las unidades y empresas proveedoras, sobre todo privados y muchos usuarios, especialmente los jóvenes, tal vez inicialmente menos por los médicos y el resto del personal, sobre todo del sector público y los farmacéuticos. Es un tema abonado desde múltiples discursos que aquí no repetiremos. Sí diremos que el tema se retro alimenta con lo dicho sobre investigación, además por el componente de desarrollo, inteligencia artificial incluida, genera un impulso importante al sector del software.

En concreto, para muchos trabajos relevados, como Iakovidis, Wilson & Healy (2004) o Hovenga (2013) mejoran la relación del sistema con el paciente y hacen más eficientes los procesos, generan a su vez un flujo de información que sirve a múltiples propósitos. Para otros como Schwarz (2017) hay graves diferencias de acceso, se puede generar una confusión en el diagnóstico y el tratamiento e incluso se provoca el aumento de las consultas y por ende del costo; se corre el peligro de minimizar el contacto humano y profundizar las asimetrías sociales. Y como vimos antes, siempre pesa la sospecha de que solo sean un modo de hacer publicidad en un sentido superficial. Como siempre, están las dos versiones, aunque la más extendida es la primera que relata las potencialidades de mejoras al introducir estas tecnologías. En este capítulo analizaremos estos procesos y las evaluaciones específicas.

¿Cómo se fue dando la incorporación de tecnologías y cuáles son los principales usos? El punto es central porque los progresos han sido diversos en cada campo y los impactos son diferentes. Primero fueron las estrategias informativas del derecho a la salud y las campañas de prevención, luego se

fueron desarrollando herramientas que hacen a la comodidad del usuario. Sucesivamente aparecerían los avances en el uso de tarjetas personales únicas para el seguro, las históricas clínicas electrónicas (HCE), la transmisión de resultados de estudios, la prescripción farmacéutica electrónica. En paralelo se empieza a poder tomar el turno por esta vía y surgen los links para hacer pagos u otros trámites. Finalmente se desarrolla la coordinación profesional y el e-seguimiento. De todos modos hay una gran heterogeneidad en los países e incluso entre regiones. De éstos usos nos ocuparemos en este capítulo: las formas de interacción, las estéticas, los debates sobre el impacto de cada uno. Y también quisimos dar ejemplos para que el lector pueda tener una idea de las innovaciones que se van realizando y publicitando, aunque muchas de éstas van invadiendo nuestras vidas, tanto en el trabajo, como en los diferentes ámbitos que transitamos cotidianamente, incluso en el cuidado de la salud⁴⁹.

Además, a nivel meso la informática permitió generar una enorme cantidad de registros, lo que amplía el campo de la estadística médica y de la estadística para la gestión, que son fundamentales en las propuestas de accountability, ya abordadas en parte en el ítem sobre seguridad y calidad, aquí solo aparecerá tangencialmente. Estos progresos se conectan además con el aprovechamiento de la información generada en el proceso de investigación descrito en el capítulo 4.

Como se dice más arriba, uno de los primeros usos de los soportes electrónicos fueron las campañas de promoción de la salud, de ellas nos ocuparemos a continuación para luego entrar en el resto de los usos.

Se trata aun de la herramienta que ocupa la mayor proporción del espacio disponible en los websites institucionales. Se superponen las fotos de los funcionarios, con consejos acerca de factores de riesgo, con consejos de rutinas especialmente físicas y relativas a la alimentación. Generalmente con muchos gráficos o animaciones. En algunos organismos representan hasta un 40% del espacio. En los Países Desarrollados sobresalen las de VIH, cáncer, tabaquismo, adicciones, etc. En los países latinoamericanos el énfasis está en la prevención de las epidemias más comunes: dengue, fiebre amarilla, hay muchas campañas de vacunación y de anticoncepción; empiezan también algunas campañas para prevenir las enfermedades crónicas.

¿La población entra en esas páginas? ¿Mira los videos con consejos útiles? ¿Sigue esos consejos? ¿Qué piensan los especialistas sobre el impacto de estas campañas virtuales en las conductas preventivas de la población? Si el impacto fuese positivo, la herramienta es fundamental por el bajo costo

49 Hay muchas publicaciones con casos locales. Muchos sitios mantienen actualizada la información al respecto y publicitan, a veces con fines comerciales, determinados proyectos. Un buen ejemplo es E-Health Reporter en <www.ehealthreporter.com>. El seguimiento de estas fuentes debe ser corroborado.

de la misma, pero hay poca evidencia, tal vez la más importante es que las herramientas tiene pocos suscriptores y reproducciones. Entre la bibliografía no hay muchos estudios, por ejemplo Newbold & Campos (2011) y Robinson y otros (2014) sostienen que el instrumento de la campaña on line es efectivo pero debe ser combinado con una estrategia más general, incluyendo acciones comunitarias que garanticen el contacto físico. También ponen el acento en aspectos culturales, como el interés de los profesionales en recomendar la utilización, en ese caso se apunta a la educación formal e informal. También se menciona la necesidad de hacer publicidades masivas. Parecería que todas estas estrategias juntas podrían dar resultado.

Otro de los usos frecuentes es el que intenta estimular la participación de los usuarios a través de encuestas. Hemos visto en el capítulo 5 que el formato todavía es más presencial que virtual, pero igualmente el instrumento avanza, aunque ha sido difícil medir los resultados.

El tercer tema que integra comúnmente las webs es la publicación de información clínica y científica, documentos de análisis costo-eficacia de la tecnología y medicamentos, etc. ¿Quién tiene tiempo y capacidad de análisis de la misma? ¿qué pueden hacer los usuarios (profesionales o pacientes) con ella? Lo cierto es que la información clínica en un gran aporte al proceso de cuidado e incluso a la ACP, pero en muchas páginas es mucha, sólo una elite de médicos o de instituciones tiene el tiempo y la predisposición para su estudio. Para el paciente eso se torna imposible. Respecto a la posibilidad de usarla para defender legalmente derechos, el proceso es muy largo y caro como para que un individuo lo intente, hay que confiar en costosos estudios de abogados (Bonini, Eichler, Wathion & Rasi, 2014). Suele ser usada principalmente en las guerras entre empresas.

En lo referido a las denuncias colectivas, aún los canales institucionales son escasos y poco expeditivos, las asociaciones de pacientes casi no usan esta información. La utilización por parte de la comunidad de la información disponible va a depender de la forma en que se expone y de la calidad institucional, ésta sigue siendo débil, sobre todo en los PSD, hay mucho por hacer al respecto.

8.1. DE LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS A LOS SERVICIOS Y EL E-SEGUIMIENTO

En cuanto a los usos más complejos de las TICs para resolver los problemas de la relación funcional entre el sistema de salud y el paciente encontramos el ámbito de la información sobre sus derechos de acceso, que en muchos casos, especialmente cuando no hay políticas de promoción y prevención sólidas, es el inicio real y concreto del pedido de atención; luego sobre los

lugares donde atenderse, horarios; cómo definir la cita y proceder al pago; la solicitud, realización y transmisión de resultados de la prueba de diagnóstico, la prescripción y finalmente el seguimiento. En los párrafos sucesivos veremos las diversas estrategias y los grados de avance. Además expondremos los proyectos que hemos relevado en cada país ya que los mismos pueden ser inspiradores para futuras políticas o experiencias locales.

En los Países Desarrollados

Australia, Francia y Países Bajos y luego Reino Unido están catalogadas entre los países que más progresaron en la telemedicina (WHO, 2011); la primera tuvo una decidida política con una sólida National eHealth Transition Authority (NEHTA) que surgió para imponer el modelo de HCE; hoy existe el Personal Controlled Electronic Health Record system (PCEHR), un resumen en línea que permite compartir la información de salud de un individuo, incluyendo diagnósticos y tratamientos. El mismo sistema permite sacar turnos y pagar. Según datos del gobierno australiano (Australian Government, 2013) la red incluye a todos los ciudadanos y todos los seguros y proveedores, pero el mismo documento planteaba que aún faltaba mucho en relación al uso por parte de los profesionales. En 2015 se anunció una partida extra para tales fines y la creación de una nueva entidad: la Australian Digital Health Agency (2016) que intenta dar un nuevo impulso.

También Francia ha sido pionera. Lo ha hecho alrededor de la tarjeta de la Caja Nacional de Seguro Social (la carte vitale) desde 1998, que además permitió desarrollar y usar en forma generalizada la HCE, llamada “Dossier Médical Personnel” que funciona desde 2004; en 2008 se institucionalizó el proceso con la creación de la ASIP Santé (Agence des Systèmes d’Information Partagés de Santé) bajo la dirección del Ministerio de Salud, luego se aprobó el decreto de telemedicina que define prioridades. En 2009 la Ley de Salud incluyó la telemedicina en el Código de Salud Pública. Desde entonces se produce un fuerte impulso a la introducción en los hospitales de mecanismos de notificación y seguimiento electrónico, más allá de la carta vitale (Tello & Baez-Camargo, 2015). La versión regional de esta estrategia se ha aplicado a partir de 2012 a través de los programas regionales de telemedicina (PRT) definido por las Agencias Regionales de Salud (Has, 2013).

Hoy el sistema permite sacar el turno y pagar cada consulta, en los hospitales como si fuera un “*homebanking*” (Stroetmann y otros, 2011). Contiene toda la historia clínica completa, junto a un informe de lo que se le ha facturado por cada visita, los pagos del seguro social, etc. Desde principios de 2016 a través de la cuenta Ameli, es posible controlar la historia clínica de los hijos. Falta sólo ampliar la información de los ancianos. En lo que

hace a las farmacias, en 2007 introdujo, de manera voluntaria, un registro para cada beneficiario de seguro social y desde 2010, la legislación permite la prescripción electrónica (Durand-Zaleski, 2016).

Más allá de la tarjeta y todo lo relativo a la HCE, hay un fuerte trabajo para implementar proyectos de e-diagnóstico y e-seguimiento, sobre todo de enfermos crónicos. En el programa de Telemedicina había en 2015, 256 proyectos en todo el territorio, buena parte destinados a realizar diagnósticos previos a la atención presencial del especialista y luego monitorear por esta vía el tratamiento. Un caso interesante es el de las cabinas de zonas rurales que hacen exámenes básicos y éstos pueden ser transmitidos a un médico de cabecera, que a su vez puede interrogar al paciente on line y enviar una receta. Otro ejemplo, es el proyecto “OPHDIAT”, financiado por la Agencia Regional de salud de Il’ D France que permite la detección de la retinopatía en pacientes diabéticos con la imagen del fondo de ojo enviada por internet a un equipo de oftalmólogos del hospital que hace la lectura a distancia. La misma agencia publicita el “Diabgest” que permite la monitorización remota de las mujeres con diabetes gestacional y la tele dermatología a distancia para cárceles. También hemos relevado el modelo de tele seguimiento con enfermeras del Instituto de Cáncer de la Universidad de Toulouse.

En el Reino Unido la institucionalidad surge entre los últimos años de la década de los noventa y los primeros de la sucesiva. Dentro del Departamento de Salud se ha ido consolidando aunque en forma errática, el National Advisory GrouponHealth Information Technology; en el seguro, el NHS Improvement y el NHS Digital (Deloitte, 2016).

El Registro Electrónico es prioritario desde fines de los noventa. En 2002 surge el Programa Nacional de TICS (NPfIT), que preveía la creación de un servicio integrado de registros médicos y transmisión de prescripciones así como un sistema de citas electrónicas para 2014 (Anderson, Frogner, Johns & Reinhardt, 2006). En 2012 se unifican todos los entes dentro de NHS y se enfatiza ampliar la infraestructura y el uso en los hospitales, pero de nuevo la implementación se retrasó debido a las preocupaciones sobre la confidencialidad; una prueba piloto en 265 consultorios comenzó en 2014 (Thorlby & Arora, 2016).

Hoy existe un identificador único de pacientes y la mayoría de los registros se informatizan. Los más proactivos son el NHS Choices y NHS Londres, que publicitan Mi Salud Londres, un sistema que permite la reserva on line de turnos, cancelaciones, pagos, compra de medicamentos, y que tiene un registro de consultas.

Pero, no hemos visto que estos servicios funcionen en todo Reino Unido. Por eso, los resultados han sido motivo de debate, según las encuestas de la Commonwealth 2015, luego de Nueva Zelanda y Suecia es el país con

mayor porcentaje de registros en APS (Mossialos, Wenzl, Osborn & Sarnak, 2016). Según Zelmer y otros (2016) las tres cuartas partes de la APS y casi todos los hospitales con internación estarían cubiertos. Otros opinan de manera diversa, Thorlby & Arora (2016) dicen que los registros no están rutinariamente vinculados entre proveedores. La *The Networked Readiness Index 2013* del World Economic Forum sitúa al Reino Unido en el séptimo lugar en este índice compuesto de factores impulsores y aprovechamiento de las TIC (Bilbao-Osorio, Dutta & Lanvin, 2013). Adler-Milstein, Ronchi, Cohen, Pannella & Jha (2014) toman un estudio de la OCDE de siete países y concluyen con que el Reino Unido muestra avances importantes pero no concluyentes.

En herramientas de comunicación, e-seguimiento y autocontrol en las webs hay muchas herramientas, generalmente del NHS, pero muchas muy simples. Entre las primeras se promociona una aplicación gratuita para celulares, que propone un entrenador virtual. Se llama *Couch to 5k* y fue desarrollada en asociación con *BB Inspirate*. La aplicación *NHS Smokefree* ayuda a las personas a dejar de fumar mediante apoyo y motivación diaria. La aplicación gratuita *Easy Meals* brinda consejos para realizar comidas más saludables, la posibilidad de buscar recetas, y generar listas de compras. Hay además un test para saber la edad del corazón que puede realizarse en la página. Hay otra herramienta para el control de la presión arterial similar, hay un juego para el teléfono móvil que hace un pre diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.

El *AliveCor* de *Kardia* se ubica en diagnóstico pero como ECG móvil, con resultados inmediatos y la posibilidad de compartirlos con un médico on line. En el rubro de autocuidado, están el *Health Call under Nutrition*, para monitorear a distancia a pacientes en dieta, asociados a clubes de almuerzo. Otro modelo similar es el que surge de un proyecto entre la Sociedad de ayuda al trastorno de almacenamiento lisosomal, y la Asociación de estudio de la enfermedad de Gaucher para controlar la evolución de los análisis.

En España uno de los primeros documentos que impulsaban el uso de TICs fue de 1999. En 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó el Plan de Calidad para el SNS, que incluía un área de TICs; sobre esa base vendría el “Plan Avanza” y su programa “Sanidad en Línea” que se planteaba progresar en todos los ámbitos que venimos mencionando, con la prioridad obviamente puesta en la HCE. Este mecanismo ha contribuido a ampliar la infraestructura. Luego vino la Acción Estratégica en Economía y Sociedad Digital de 2013 que generó otro fondo, sobre todo para fibra óptica. Por entonces, se firma un convenio entre la Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Contenidos Digitales (AMETIC) y la Federación de Empresas de Tecnologías Sanitarias

(FENIN) junto con la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) con el aval del Ministerio.

Las Comunidades Autónomas tienen estrategias similares paralelas, cada una tiene un modelo de histórica clínica diferente, e incluso en la mayoría existe un mercado en el que los hospitales acceden a distintos productos de propiedad de distintas empresas que responden a determinados estándares. Para apoyar esta nueva forma de relación, han proliferado locales con servicios de internet, como en el caso de Madrid y sistemas de respuestas on line en las web de las Comunidades Autónomas, con chat las 24 horas del día.

En conclusión, según AMETIC, FENIN y SEIS (2016) hay 20 millones de expedientes y más de 660 millones de recetas prescritas por año. MSSSI (2015) da cifras más optimistas, dice que el uso de HEC es casi total en atención primaria (94%) y está alcanzando su extensión completa en atención especializada, donde es cercana al 70%. Los datos de Saint Pierre y otros (2013) son similares: el 96% de los centros de Atención primaria dispone de una solución informática y el 65% permite obtener la cita por internet, el 97% de los médicos consultan la historia clínica del paciente, registran el resultado de la consulta y prescriben a través de medios informáticos. Evidentemente es difícil sacar conclusiones, lo que sí debe considerarse es que estos resultados esconden asimetrías y problemas regionales. Montea-gudo Peña (2012) nos alerta respecto del retraso de las regiones pobres en la penetración general de internet comparado con la media europea, éste es un dato interesante.

En cuanto a los servicios on line, el impulso viene de algunas Comunidades Autónomas. Cataluña publicita los horarios y un sistema de turnos. Y se publican semestralmente los datos de listas de espera, con formato de datos abiertos, en la web del CatSalut, centro por centro. Por otro lado, muchas comunidades tienen en sus web, servicios de e-seguimiento similares a los mencionados para el Reino Unido, aunque en menor cantidad y sofisticación.

Italia está aún más atrasada. Ha tenido diversos entes que impulsaron el uso de TICs en la administración pública, hoy, la encargada de la inversión en infraestructura y otros programas de estímulo es la Agenzia per l'Italia Digitale (AgID). En el Ministerio de Salud, esta temática depende de la Direzione Generale della Digitalizzazione que tiene como objetivo el desarrollo del Nuevo Sistema de Información de Salud que en la práctica gira en torno a la informatización de la "Tessera sanitaria" y el registro electrónico. Si bien ya estaría todo preparado en términos de normas, de equipos, incluso en farmacias, lo que no se logra es completar los contenidos informativos y aumentar el uso (Donatini, 2016).

En general, hay autoridades regionales similares. Desde las mismas se impulsan proyectos en este sentido, generalmente acotados, por ejemplo

la Red regional SOLE USL de la Región de la Emilia-Romagna, vincula a los médicos de diversas especialidades entre sí, con los centros de Salud, hospitales y estructura administrativa. La Regione Lombardia impulsó en la misma dirección la el DIAB13, que integra a los ocho hospitales públicos que atienden diabetes. En muchos casos los sistemas existentes sólo contienen procesos administrativos.

En cuanto a servicios, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto y Trento presentan en sus web los links para turnos. Tampoco hay demasiados programas de e-seguimiento; por ejemplo Lombardia anuncia el servicio que permite comunicarse con un médico y una enfermera a través de skype para responder a las dudas referidas a bebés luego de su hospitalización. El Instituto Ortopedico Galeazzi de Milan desarrolló un software que permite monitorear el pos operatorio y mejorar la comunicación entre médicos, pacientes y fisioterapeutas. Sí hay publicidades –como en los otros países– muchas aplicaciones, pruebas y ejercicios sencillos para reducir el estrés, o para prevenir la fatiga de los ojos, dibujos animados para prevención de HIV, etcétera.

Para resolver estos atrasos, la Unión Europea estableció diversos programas, uno de ellos es la “Personalised Information Platform for Life and Health Services” (PIPS), financiado por el Sexto Programa Marco de la Unión Europea (CIP) que ofrece diversos dispositivos electrónicos de comunicación para los pacientes. En el plano del e-seguimiento, la Unión Europea financia el Systems Analysis Programs for Hands-on Integrated Reliability Evaluations (SAPHIRE), que ofrece sensores que monitorean parámetros biomédicos de los pacientes que se cargan en los expedientes electrónicos. Ambos programas, como otros similares, apoyan experiencias parciales y evidentemente no resuelven el problema de fondo (Wanden-Berghe, Sabucedo & Martínez de Victoria, 2011).

Los Estados Unidos por su parte están regulados por la Ley de Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) que creaba un organismo con ese nombre e incluía un vasto proyecto de infraestructura y exigía la implementación de la HCE. Ésta está muy desarrollada en los seguros laborales o privados, como por ejemplo, Kaiser Permanente y la US Veterans Health Administration (VHA). Los Centers for Medicare and Medicaid Services, cumpliendo con la Ley desde 2009, tienen un sistema de información de salud electrónico nacional, que supuestamente es interoperable (Blumenthal, 2011). Además financian centros regionales de extensión, con áreas de servicio que abarcan prácticamente a todo Estados Unidos.

En cuanto a las evaluaciones generales, los Estados Unidos no están vistos como un buen ejemplo. OCDE (2013a) decía que el mayor avance se produce en las aseguradoras que tienen HCE, citas y seguimiento on line,

etc pero en los hospitales hay un gran retraso. Según el estudio de Hsiao & Hing (2014) el 71,8% de los consultorios informaron en 2012 usar algún tipo de HCE, frente al 34,8% de 2007. Pero sólo en el 23,5% de los casos, el sistema era completamente funcional. En la actualidad el Health Information Technology (Health IT) desarrolla el Roadmap que coordina los esfuerzos del sector público y privado para hacer compatibles los registros. La situación se replica en el ítem links a servicios. Muchos seguros y clínicas publicitan esta posibilidad

En relación a seguimiento y tele-consultas, también sobresale la US Veterans Health Administration (VHA). Este seguro, tiene una web interactiva y un gerente de atención de enfermería que lleva adelante el monitoreo telefónico de pacientes y genera la debida derivación a atención especializada (Bilbao-Osorio, Dutta & Lanvin, 2013). Para las zonas rurales hay enfermeras gestoras para atención telefónica, farmacéuticos telefónicos, telepsicólogos y telepsiquiatras (Fortney y otros, 2015). Varias grandes aseguradoras tienen sistemas parecidos (Collins, Levis, Munger & Wade, 2010). Otro ejemplo es el eReferral, un modelo adoptado en el Hospital General de San Francisco en el que el paciente inicia un proceso de diagnóstico por medio de un formulario electrónico, los evaluadores tardan aproximadamente 8 minutos por formulario (Chen, Murphy & Yee, 2013).

Un ítem bastante presente en los Estados Unidos es el de la telepsiquiatría, como es el caso del Centro de Salud Comunitario de Cape Cod. Que tiene un consultorio on line. También hay mucho para enfermedades crónicas, por ejemplo, el Springboard Beyond Cancer” de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) y el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) que permite comunicar con los equipos de salud, chatear con pares o familiares de pares, etc.

Obviamente proliferan las aplicaciones como HealthData+, desarrollada por el Instituto de Salud Pública, y LiveStories referida a diabetes. The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) de Massachussets publicita la Text4baby, que envía mensajes de texto gratuitos a mujeres embarazadas y madres en inglés y español tres veces a la semana. Los temas incluyen nutrición, lactancia materna, la salud del bebé y más, y pueden ser respondidos.

Finalmente, en Canadá el impulso a la implementación de las iniciativas nacionales de uso de TICs surge con fuerza con la creación del grupo Infoway” en 2001. Inicialmente se financiaron 294 proyectos de historia clínica electrónica y telemedicina así como de vigilancia epidemiológica que llegaron a ser 500 (Dibert, 2015). En lo que hace al registro electrónico Canadá, en 2010, el 50% de los hospitales públicos podían ver y actualizar la información electrónica, y el 80% accedía a imágenes digitales y el 50% estaba conectado a farmacias (de Saint Pierre y otros, 2013).

Todas las provincias declaran avances similares y además impulsan el uso de servicios on line, Ontario tiene el Health Care Connect para elegir al profesional y el MedsCheck para la medicación y fue pionera con un modelo de TICs en APS. En el segundo nivel, el University Health Network (UHN), un gran hospital universitario ha implementado con éxito el CPOE (sistema de entrada de órdenes de médicos computarizada) para minimizar errores de prescripción (Protti, 2010). El eReferral brinda a pacientes y proveedores información sobre el tiempo de espera. También se publicitan múltiples acciones de e-seguimiento, por ejemplo el programa Patient first que permite un vínculo real y otro virtual. También en Ontario, la Health Sciences North's Virtual Critical Care network, usa un programa de software especial en los partos con videoconferencia con las unidades de atención locales y de urgencia. Del mismo modo, la Ontario FedDev financió el programa Medly UHN, que permite a los pacientes con enfermedades crónicas conectarse con los profesionales que lo quieran usar. Por otro lado, OTN se ha asociado con el Lawson Institute para probar la Conectar eQ Solution de televigilancia en el proceso de diálisis peritoneal en el hogar. También está la aplicación Smartwatch que sirve para realizar diagnósticos y apoyar on line pacientes depresivos, puede vincular al usuario con el centro local de crisis. Un caso particular es la plataforma OTNhub de telemedicina aborigen, con comunicación entre pacientes y médicos de 23 hospitales de referencia.

Muchas de estas herramientas están contenidas en los Portales de Pacientes, Sistemas de Información que permiten el acceso individual a la historia clínica digital. A su vez permiten recordar citas, comunicación con los proveedores, etcétera. Muchos portales están destinados a población con enfermedades crónicas. También empiezan a proliferar los Contact Center, estrategias de las organizaciones de salud para trascender de las formas tradicionales de comunicación con los usuarios. Se han difundido fundamentalmente en los Países Desarrollados y en los seguros privados de los Países de América Latina, con muy pocas experiencias desde el Estado (El hospital el Cruce es una de ellas).

Estos dispositivos permiten agendar citas de los usuarios, recabar información o indagar sobre la percepción de los usuarios; actualmente permiten realizar todo tipo de transacción a distancia. También suelen ser un complemento del Phone health, que comprende el conjunto de dispositivos para seguir pacientes a distancia (saturómetros, tensiómetros, etcétera) que permiten el seguimiento de signos vitales y el reconocimiento de alarmas.

En ambos casos se tiene en cuenta que los pacientes, al igual que las nuevas generaciones de consumidores digitales, son multicanales por naturaleza y utilizan todos los medios de comunicación que tengan a su alcance para interactuar. La multicanalidad ya no es una opción, es una necesidad,

tanto como el logro de interfaces que sean cómodas y amigables. De allí la importancia de capacitar y entrenar a los agentes de contacto para que se basen en conocimiento sobre historia clínica del paciente, solicitudes anteriores e interacciones realizadas mientras el paciente navega por los diferentes canales de comunicación, intentando que no sea un call center frío como en otros servicios. Estos puntos de contacto permiten contextualizar sobre el perfil del paciente y su historia de vida, de esa manera le permitirá al agente tener una actitud proactiva e interactiva.

Respecto a los impactos no hay muchos estudios. Según Fraccaro, Vigo, Balatsoukas, Buchan, Peek, van der Veer (2017) un tercio de los trabajos informaron mejoras en la adherencia a la medicación, el conocimiento de la enfermedad, el autocontrol de la enfermedad, una disminución en las visitas al consultorio, un aumento en la medicina preventiva y un aumento en las visitas prolongadas al consultorio, a solicitud del paciente para obtener más información, el aumento en la calidad en términos de satisfacción del paciente, pero hay pocos estudios en cuanto a los resultados médicos. Kruse, Bolton y Freriks (2015), sobre la base de 26 estudios y una revisión, en distintos países desarrollados muestran que si bien han aumentado en popularidad, aún no hay suficientes evidencias respecto a mejoras en los procesos de salud y en los resultados.

En América Latina

En lo que hace a América Latina, la OPS viene realizando trabajos de seguimiento que muestran que la mayoría de los países declara que prioriza avanzar en estos usos específicos de las TICs, aunque esta entidad como otros autores reconocen un cierto atraso (OPS, 2011; Jiménez Marroquin, 2011; Etienne, 2014). La entidad encaró la Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (2012-2017) para contribuir al desarrollo de las TICs, los diversos países han montado estrategias concretas. Este proceso se da en un marco general en el que en América Latina muestra crecientes avances de las TICs, especialmente Chile, Brasil, Uruguay y Costa Rica, Argentina (el orden depende del indicador usado), todos están muy lejos de los Países Desarrollados, sobre todo por el déficit en la banda ancha, la baja infraestructura y los bajos usos de PC (Cepal, 2016; Quiroga-Parra, Torrent-Sellens y Murcia Zorrilla, 2017). Y eso sucede con grandes asimetrías sociales y regionales.

Colombia es tal vez el país de América Latina que más publicita el uso de las TICs desde el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, el de Comunicaciones y el de Salud (Sánchez, 2015). En 2011 se estableció el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro) y planteó un plan de conectividad. Una resolución del 2006

establece las condiciones de habilitación para la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina. Luego surge el Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones 2008-2019 que en el capítulo salud atravesaba casi todo el sistema.

El Sistema de Información Integrado incluye el Registro Único de Afiliados a la Protección Social -RUAF, el Sistema de Información para la Regulación del Mercado de Medicamentos -SISMED-, el Sistema de Información para la operación territorial del Régimen Subsidiado en Salud -SISSUB-, la Plantilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA-, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, CUENTAS DE SALUD y Transporte Seguro de Archivos- TSA.

De alguna manera se había planeado como un proyecto integral pero se fue haciendo por partes. En lo que más se avanzó es en el primer objetivo, tener registrados a los afiliados a la protección social. Muchas menos son las entidades que intercambian información con otras para trámites y menos aun las que usan servicios en línea. Naturalmente están más avanzadas las ciudades importantes (Avella Martínez & Parra Ruiz, 2013). La coordinación es casi imposible porque los prestadores tienen sus propios sistemas (Bernal-Acevedo & Forero-Camacho, 2011).

Con ese panorama, en los últimos años el Ministerio de Salud y Protección Social se ha centrado en hacer pública la información sobre EPS e IPS mejor calificadas según datos propios y opiniones de los propios pacientes.

Los departamentos no tienen muchos avances, en cuanto a proyectos de este tipo. Algo más hemos encontrado en la Gobernación de Cundinamarca porque se publicita la Historia Clínica Electrónica Unificada, un proyecto de gran escala para los 35 hospitales públicos y los puestos de salud (CAPS). También se propone la unificación de los sistemas de información administrativos y clínico-asistenciales, pero no se muestran resultados. También en el Hospital Universitario de Caldas se publicita la historia clínica electrónica y un modelo de referencia y contrarreferencia.

En cuanto a link a servicios y a e-seguimiento, muchos seguros y clínicas privadas publicitan la posibilidad de acordar citas, realizar diagnósticos, interconsulta y prescripción del tratamiento a distancia, en esto, las empresas sociales están en desventaja y con graves problemas de inversión, pero tal vez uno de los más avanzados sea el sistema de citas electrónicas de Metrosalud, con participación de la Alcaldía de Medellín. En el ámbito estatal hemos encontrado muy poco de e-seguimiento.

Chile está visto por los estudios sobre uso de TICs en la salud como de los países más avanzados de América Latina, desde el año 2004 existe la Estrategia Digital en Salud y el Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA) dependiente de MinSal. Uno de los aspectos centrales es

el Registro Clínico Electrónico (de Saint Pierre y otros, 2013). En el año 2011 se creó el Departamento de Gestión Sectorial TIC y se reformuló la estrategia, elaborándose el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (Plan de e-Salud 2011-2020).

El Ministerio conectaba en 2014 con 1.591 establecimientos, aunque no parece que la HCE haya progresado demasiado, salvo en algunos centros y hospitales. Hay muchos eventos de estímulo al desarrollo de SIDRA, pero lo que realmente sobresalen son las capacitaciones. Lo que sí tiene disponible en su sitio web es el Registro en Línea de Prestadores Acreditados, Reclamos en Línea y Devolución de Excesos por Cotizaciones en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Esto se agrega al Registro Nacional de Inmunizaciones, el Registro de Lista de Espera, todos con poca capacidad de integración (de los Hoyos, 2014).

Tampoco parecen proliferar estrategias de link a servicios y de e-seguimiento. Desde 2014 el Programa Cardiovascular de la Atención Primaria del Minsal tiene del Sistema de Gestión de Citas, que utiliza mensajes de texto, correos electrónicos y llamados por reconocimiento de voz, para recordar y confirmar la hora de atención a pacientes. Hay varios hospitales que en su web publicitan la consulta de especialistas on line sobre todo con las postas. Todo muy limitado.

En Brasil el organismo encargado fue hasta 2015 la Secretaria de Política de Informática (SEPIN) y hoy es la Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (Setec), dentro del Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, pero con un ajuste presupuestario importante (Berbert, 2015). En el sistema de salud, una primera norma del 2003 se planteaba una serie de objetivos generales, ha habido otras similares hasta 2016. En la práctica el actor principal es el SUS, que estableció el Banco de datos del Sistema Único de Salud (DATASUS), con información macro fundamentalmente. En 2010 se lanzó el proyecto @LIS1, que vinculó el DATASUS con 900 municipios (dos Santos, 2010).

En la APS funciona el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAB) cuyo objetivo es almacenar y procesar información que debe conformar una HCE. El Ministerio logró constituir 46 núcleos en 23 Estados equipados para telediagnóstico y teleeducación, pero se reconoce lo poco actualizado y el poco uso que le dan los médicos. A fin de apurar este proceso se ha dado plazos a los municipios.

En la órbita de la Red Nacional de Enseñanza e Investigación, integrada entre otros por los hospitales universitarios, en 2006 se crea la Red Universitaria de Telemedicina (RUTE, 2011). En 2010 había 158 instituciones integradas, pero no hemos encontrado evaluaciones acerca del uso efectivo.

En ese contexto los proyectos tendientes a informatizar el proceso médico son acotados: muchos Estados publicitan tanto la existencia de HCE como de servicios on line pero no se los ve muy activos, en muchos hay problemas de acceso a internet. En unos de los pocos casos que parecían funcionar algunos servicios de este tipo era en la Prefectura de Salvador de Bahía. Uno de los ejemplos micro más difundidos es el del Laboratorio de Sistemas Integrales de la Escuela Politécnica de la Universidad de San Pablo, para la realización de diagnóstico por imagen, su transmisión al médico y de éste al paciente on line.

En cuanto a tele consulta y seguimiento, hay más ejemplos, la Secretaría Estatal de Salud de Rio Grande ofrece el servicio con un equipo que responde a preguntas de los médicos. Además, el núcleo de telesalud del mismo Estado, ofrece Webpalestras, y cursos gratuitos en línea. La Secretaría de Salud del Estado de Bahía publicita que su servicio permite chats con médicos de APS y llega a los 417 municipios. Otro caso micro es el modelo de robots de telepresencia que se han instalado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Oswaldo Cruz, en Sao Paulo, (E-Health Reporter, 2016), o el proyecto del Servicio de Salud Indígena en la zona del Amazonas que trata de instalar unidades de telemedicina en sus centros.

Según Barbosa y otros (2014), el 41% de los establecimientos de salud tienen esta tecnología, un 26% puede ver los resultados de los exámenes on line, la mitad de ese total pudo primero programar la cita on line (19%) y sólo el 6% pudo verlo dentro de un registro electrónico. Según el informe de Hummel (2016) el uso de TICs en el sistema de salud brasilero aún es pobre. En los estudios sobre uso de TICs en la salud se ve a Brasil, como a México, como países retrasados en esta materia, con proyectos aislados (Avilés, Gil-García & Ramirez-Hernández, 2012)

En México, el primer Programa Nacional de Telesalud funcionó durante la vigencia del IMSS Coplamar en 1978, como apoyo a las comunidades rurales, haciendo radioenlaces en banda civil. En los noventa siguen los esfuerzos de ese organismo (Fernández, 2010). En 1995, el mismo IMSS implementó su Sistema de Información Médica Familiar enlazado con casi 900 unidades de APS, que luego derivó en una red que Avilés, Gil-García & Ramirez-Hernández (2012) dicen cubría potencialmente en 2006 a 16 millones de usuarios. El Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006 había creado un fondo para el desarrollo de oficinas fijas y móviles conectadas con unidades sanitarias para el pedido de citas on line; por otro lado se puso énfasis en el portal.

En concreto, en lo referido a historia clínica electrónica o servicios on line, los avances fueron tenues, la adhesión al Plan Nacional por parte de los Estados fue errática, en 2007 eran 21. La encuesta nacional BGC (2008)

mostraba que solo el 10% de población nacional sabía que podía obtener citas en un centro remoto y el servicio era utilizado sólo por 3% de los ciudadanos (Avella Martínez & Parra Ruiz, 2013). El Certificado Electrónico de Nacimiento que debía estar listo en 2014 según la Estrategia Digital Nacional, ha tenido resultados parciales en diez Estados. Otro proyecto en fase piloto es la Cartilla Electrónica de vacunación y Prospera Digital, un canal de comunicación automatizado (Notimex, 2016).

En cuanto a tele consulta, por ejemplo en Guerrero los hospitales públicos están conectados aunque con problemas técnicos y se publicitan consultas on line; en el Hospital Metropolitano de Nuevo León se instaló una Sala de Telecomando en donde se reciben consultas en tiempo real de 21 especialidades, así como electrocardiogramas y electroencefalogramas realizados en 3 unidades móviles con conexión satelital que se han integrado a las caravanas o ferias de la salud del Estado. No hemos encontrado demasiados proyectos, los problemas de infraestructura son graves.

Si bien no hemos hecho el mismo tipo de relevamiento para nuestro país. Queremos marcar algunos hitos. El Ministerio de Salud en los 2000 avanzó fuertemente con la normativa, especialmente con la Ley del 2009 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (Medina y Narodowski, 2015). En la práctica, desarrolló el Programa Telesalud, que subsiste y trabaja en red pero con pocos hospitales nacionales fundamentalmente, mediante el desarrollo de actividades de capacitación y con muy poco telediagnóstico. El Hospital Nacional Garrahan oficializó la apertura de la Oficina de Comunicación a Distancia en 1997, primer embrión de telemedicina en Argentina. Más tarde el Hospital El Cruce pudo mostrar un avance importante en integración de sistema informáticos hospitalarios con una historia clínica digital, el primer portal de pacientes de un hospital público y un centro de comunicaciones inteligentes para mejorar la relación con los usuarios. En la esfera privada el hospital Italiano de Buenos Aires es la institución más dinámica en la utilización de las TICs, con el desarrollo de una historia clínica electrónica propia, con programas de e-seguimiento, un portal de pacientes y un website muy iterativo y con mucha información para los usuarios. También debemos mencionar la Capacitación virtual del Programa Sumar.

Ya más recientemente surge la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2023 dependiente de la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud, con los mismos objetivos de las estrategias similares que venimos comentando en otros países. Esto se da en paralelo con el intento de imponer el CUS, que ya hemos cuestionado.

En ese marco, según diversos entrevistados, está la adhesión de 14 provincias y se incluye la historia clínica electrónica única. No hay informes

sobre grado de avance. Según Argentina.gob.ar (2018a) en enero 2018 se realizó la segunda teleconferencia de la Mesa de Trabajo de Sistemas de Información en Salud con presencia de 13 provincias, allí se presentó el esquema de identificación propuesto para la CUS, con el ejemplo de las experiencias piloto de Guaymallén (Mendoza), Neuquén, CABA y ÁMBA. Anunciaron que con apoyo del Hospital Italiano de Buenos Aires avanzan en un “Federador Nacional de Personas” que permitirá unir los datos de las provincias. El informe indica que se busca también integrar otros padrones que ya existen, como el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) y el del SUMAR.

En cuanto a la existencia real de la HCE, ha hecho punta el Hospital Austral en la década del noventa, pero luego fue el Hospital Italiano el más dinámico en el sector privado, este con un impulso desde los años dos mil (González Bernaldo de Quirós, Luna, Baum, Plazzotta, Otero & Benítez, 2012). Algo más tarde en el sector público tenemos la experiencia del Hospital El Cruce (Loewy, 2018); desde 2104 Swiss Medical Group (SMG), desde 2016 el Hospital Británico de Buenos Aires. Según la página de CABA (2018) se ha terminado de conectar la Historia Clínica Electrónica en todos los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y en el Hospital Grier-son. Según esa fuente el proceso se inició en 2016 y hay 700 mil pacientes empadronados. En esa misma nota hay un link que nos lleva a otra que nos informa que los empadronados son 35.000 y los centros conectados son menos. En la Provincia de Buenos Aires, el gobierno anterior partía de las bases de datos existentes y pretendía llegar a la HEC, el gobierno actual en el ya mencionado decreto 1090 introduce un nuevo esquema a partir de la Red AMBA. Esta decisión es muy reciente como para tener progresos.

En síntesis, si analizamos la experiencia de los Países Desarrollados estudiados, en la mayoría de los casos hay una normativa que las estimula, un ente regulatorio, se ve cómo los privados lo van incorporando y aparecen mecanismos estatales de fomento para los segmentos más retrasados, luego se observa como el movimiento pasa a los actores locales. De todos modos subsiste una gran heterogeneidad en los países e incluso entre regiones. En nuestros países esta evolución se repite más lentamente, y con mayores problemas, reflejo de las diferencias estructurales, estos puntos serán retomados en las conclusiones.

8.2. UNA MIRADA SOBRE EL USO DE LA WEB EN LA SITUACIÓN ACTUAL

Las webs de los organismos oficiales de las instituciones de salud de cada país, en las diversas escalas, pueden ser útiles para tener una idea de los

alcances reales de las herramientas hasta aquí expuestas. En función de ellos es que hemos hecho un relevamiento del uso de las páginas de un conjunto seleccionado de 3 organismos nacionales, 4 regionales, 4 locales de cada uno de los países estudiados (en total 120 organismos) según la funcionalidad de los diversos espacios⁵⁰. No hemos podido estudiar exhaustivamente las páginas de los hospitales, hacia donde parece ir el movimiento de aplicación de TICs, aunque de las consultas que hemos hecho en la web, la situación allí parece replicar la que hemos relevado en los organismos. Para el análisis se incluyen juicios de valor propios y no hemos consultado a otros autores.

Históricamente el objetivo central de las páginas empezó siendo informar las actividades del Estado, fundamentalmente con fines de lograr consenso sobre su gestión, lo que orientó las páginas no hacia pacientes o médicos sino hacia toda la comunidad. Por eso siempre hubo “un poco de todo”. A medida que avanza el uso práctico de TICs en las diversas etapas del proceso de la salud, y que los países han generado entes específicos para su impulso, la organización de las páginas cambia, se orienta más a servicios y a pacientes y profesionales, pero lo que puede observarse es que aún hay fuertes diferencias entre entes.

En general, debemos decir que las páginas suelen ser rápidas y dinámicas en los organismos poderosos y van perdiendo fluidez en algunas regiones o municipios con menor potencia, y todavía hay algún ministerio con desarrollos en formato muy antiguo, sobre todo en América Latina, incluso las del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, actualmente secretaria y en el Ministerio de Salud y IOMA en la Provincia de Buenos Aires. Lo mismo sucede con la estética, hay versiones muy novedosas, como la del Ministerio de Salud francés o del Servicio de salud catalán; pero en el otro extremo, las ARS en Francia o varias Comunidades Autónomas de España (por ejemplo Extremadura), tienen una estética muy pobre. En América Latina, los organismos oficiales de Colombia y México han hecho esfuerzos importantes; la página de Salud de Brasil sobresale por lo austera y poco desarrollada. A medida de que se pasa a países y regiones con menos recursos, salvo

50 Hemos clasificado el uso de las webs de acuerdo a las siguientes funciones: a) Links a servicios (turnos, tickets, reembolsos, historia clínica, pedidos especiales, e-seguimiento los mismos dependen de la estructuración del sistema de cada país) b) Campañas on line con promoción de la salud c) Información sobre la estructura de las instituciones, documentación sobre normativa, etc d) Notas de fondo o documentos científicos, ambas categorías destinadas a los médicos; e) Invitación a eventos científicos o a actividades de promoción; f) Noticias e información generales. La variable utilizada para cuantificar la importancia relativa, es el mix cantidad de notas-tamaños de que cada categoría. Si bien no es sencillo realizar juicios de valor sobre la importancia relativa de cada categoría, las mismas se han expuesto aquí en orden decreciente, según la opinión de los autores.

excepciones, las webs pierden velocidad y atractivo visual. Los niveles de gobierno no parecen determinantes en este caso.

En lo que hace al análisis del aprovechamiento de los espacios, los promedios totales muestran que los usos clasificados como notas generales representan el 43%; las campañas on line con promoción de la salud – de las que dudábamos en cuanto a impacto– representan un 14%, las notas sobre la estructura de las instituciones y documentación sobre normativa o programas con el 12%, las notas de fondo o documentos científicos útiles para médicos, el 11%, los anuncios de eventos científicos o de promoción de la salud, el 9% restante. Y los que hacen a la mejora en el proceso organizativo y a la comodidad de los actores, es decir los servicios, explican sólo el 11%, debido a la pobre performance de los países de América Latina.

Si se observan estos datos según el tipo de organismo y sus competencias no hay sorpresas: los ministerios nacionales presentan más notas generales y menos links a servicios. Los seguros y otros organismos autónomos nacionales, así como entes regionales o provinciales con un rol operativo son el caso inverso. Probablemente si hubiésemos trabajado en la escala de las unidades de atención, en cada país hubiese sido mayor la proporción de links a servicios, sobre todo turnos.

¿Qué sucede si comparamos los países? Los que tienen promedios más bajos en relación a la media de espacios de notas generales, son en orden, Estados Unidos, Canadá, Francia e Inglaterra. En cuanto, al opuesto, es decir, los links a servicios, los cuatro tienen promedios superiores al 20%. En la mayor parte de las unidades de atención de estos países hemos verificado que hay acceso a turnos y pagos por la web. El promedio de links a servicios de los 4 países de América Latina analizados es el 8%; en esto están atrasados. En Chile y Colombia se observa una mayor presencia de turnos y pagos por la web debido a la influencia de la oferta privada.

Si se analizan los organismos específicos, los tres con menos espacios generales son entes con roles particulares, nacionales: Health Data de Estados Unidos y regionales: NHS Manchester y Ontario Telemedicine Network. Los organismos con más espacios generales en los Países Desarrollados son el Ente Regional del Benetto y el Ministerio de España. En este segundo caso, se ve la pérdida de poder a manos de las Comunidades Autónomas. Los tres organismos con más links a servicios son el mencionado ente de Ontario, NHS Londres y el Seguro de Salud de Francia. Allí se hace la cita on line, se calculan tarifas, se realizan los pagos y se procesan los reembolsos, hay espacio para el e-seguimiento.

En América Latina, los de menos espacios de notas generales superan largamente los promedios de los Países Desarrollados: son el Minsalud de Colombia, el ente de salud de la Región de los Lagos en Chile, que hace un

meritorio esfuerzo, la Región Metropolitana de Santiago Chile y la Secretaría de Salud de San Pablo. Entre los que más espacios de notas generales tienen están la región Nueva León y el DF de México y el Ministerio de Salud de Brasil. En todos estos casos se detecta un fuerte componente de propaganda política. En su contrario, los links a servicios, se ubica de nuevo primero el Ministerio de Salud de Colombia, el Municipio de Medellín, el IMSS y el Estado de Puebla de México, con niveles similares a los de los Países Desarrollados, aunque ninguno tiene los servicios mencionados en aquellos, en general como máximo se puede sacar turno. Estos usos están siendo muy utilizados en nuestro país pero en la escala de los seguros y las clínicas privadas. También pueden observarse algunos trámites en diversas obras sociales, pero los que se realizan por la página son escasos, como sucede en IOMA de la Provincia de Buenos Aires.

En conclusión, las web pueden ser un indicador interesante del grado de avance del uso de TICs en la salud, ante todo, debe decirse que hay un aumento de los links a servicios que sirven para reducir el esfuerzo en trámites, así como lo relativo a e-seguimiento, incluyendo la HCE. Es importante tener en cuenta que los organismos específicos y las unidades de atención avanzan más rápidamente en forma autónoma, ese puede ser un camino posible pero deben resolverse las cuestiones de coordinación. Naturalmente los progresos en estas siguen la tendencia general del sistema al que pertenecen, si bien hay diferencias según la escala y el objetivo del ente, la capacidad financiera y técnica sigue siendo decisiva.

8.3. EL USO DE TICs. POSIBILIDADES Y LÍMITES

A pesar de las diferencias entre ellos, se puede decir que los países desarrollados avanzan raudamente. Lamentablemente no hemos encontrado datos actuales, según el relevamiento de Narodowski (2017), los que más lo han logrado son Francia, Reino Unido, Canadá (sobre todo Ontario) y algunas Comunidades Autónomas y regiones en España e Italia⁵¹. En todos estos casos hay una fuerte asociación entre link a servicios y HCE, eso además se observa a nivel de las webs de organismos y de hospitales. Francia es un caso especial porque los ha asociado a la obligación de gestionar totalmente la atención por esa vía. Estados Unidos es otro caso particular, más allá de los seguros pioneros, las clínicas lo ofrecen como un servicio adicional dentro de la estrategia publicitaria. Los mismos países y regiones sobresalen en cuanto a comunicación e e-seguimiento.

51 Aclaramos que no forman parte de este análisis Australia, Países Bajos, Alemania y los países nórdicos que son considerados los más avanzados.

En América Latina, si bien Chile y Colombia parecen como más avanzados, los problemas para ejecutar proyectos de telesalud en nuestro subcontinente son bastante más grandes que en los países centrales, sobre todo en los sectores estatales (Dos Santos, Alves, Ferreira, Salles Dias & Costa Oliveira, 2013). Esto también se verifica en la escasa calidad de la mayor parte de las webs institucionales y de hospitales públicos así como en la pobre posibilidad de tramitar turnos y copagos electrónicamente y los problemas para tener la HEC. La Argentina como vimos no ha sobresalido en esta materia. Sin embargo, en nuestra experiencia actual, diversos hospitales públicos, por ejemplo en la Provincia de Buenos Aires, avanzan con sistemas que podrían derivar en links a servicios, más allá del gobierno nacional y provincial, y mientras han instituido los turnos telefónicos.

Como en todos los sistemas de salud, el problema central es de costos, sobre todo de infraestructura en regiones menos avanzadas de Países Desarrollados y obviamente en América Latina, Brasil y México tienen problemas enormes incluso en cuanto al déficit de telefonía y de internet básico, nuestro país no es la excepción (Ramos & Yermo, 2015). En los Países Desarrollados las dificultades se van tratando de superar, en las regiones pobres de estos países y en América Latina, los problemas estructurales y la falta de fondos atentan contra esas soluciones. Hay una gran distancia entre el sector privado de alta calidad y precio y el resto. Eso se nota en las estrategias y se traduce en las páginas.

También ha surgido el inconveniente tanto en los Países Desarrollados como en menor medida en América Latina de las cuestiones legales relativas a la privacidad y la seguridad pero aquellos los han solucionado con normas para la protección de la información. En este sentido, hay desafíos informáticos por parte del Estado, sobre todo se requiere de su autonomía respecto a los proveedores (Omotosho & Emuoyibofarhe, 2014). Muchas veces, las asociaciones representativas de los productores o distribuidores de software desarrollan un lobby que condiciona las decisiones. El problema también se centra en la falta de regulaciones que generen un mercado transparente y en la pretensión de los organismos públicos por concentrar el desarrollo y las decisiones, lo que retrasa los potenciales progresos. Por ejemplo es común comercializar cualquier producto como HCE aunque este muy lejos de los estándares internacionales. Esto también ocurre en Argentina.

A eso se suman los problemas de coordinación entre los diversos actores en sistemas fragmentados, ya sea por la importancia de los consultorios individuales (Cançado Figueiredo y otros, 2014), por la fragmentación social y regional, que generan altos niveles de exclusión también en este campo, sobre todo cuando una parte de los servicios se están desarrollando más a nivel de unidades de atención. Por eso hay más casos exitosos de clínicas

separadas, consultorios, o sectoriales y muchos menos en sistemas generales que conecten APS, consultorios y hospitales, HCE, etcétera (Silow-Carroll, Edwards & Rodin, 2012).

El otro tema es la resistencia de los médicos debido a que genera elementos de control, incluso parecen ponerse a la defensiva ante el paciente informado (Schwarz, 2017). Esto puede explicar porqué los proyectos se retrasan aun cuando está ya la tecnología disponible (WHO, 2010; OCDE, 2010; Cruz, 2015). Del lado del paciente hay problemas de acceso, económicos, etarios y culturales fenómeno que requiere de respuestas puntuales (Petracci, Schwarz y Rodríguez Zoya, 2017).

Si analizamos los inconvenientes que tienen nuestro país y la Provincia de Buenos Aires para instalar la HEC, tal vez entre los principales están los déficit de infraestructura y problemas para coordinar con la atención primaria municipal y con el sector privado. También hay un aspecto cultural clave, dado que en los mismos hospitales dónde se compran medicamentos y dispositivos médicos de alto costo, se cuestionan las compras de hardware y software, sin tener en cuenta que estas inversiones mejoran los diagnósticos y tratamientos y existen evidencias que mejoran la gestión y disminuyen costos.

En relación al e-seguimiento y el autocuidado, el punto central en los debates es el riesgo de generar restricciones a la comunicación humana (Segura Vera, 2015). En este sentido se deben diferenciar los diversos tipos de proyectos: las aplicaciones de autocontrol del paciente sin consulta alguna, los proyectos que se centran en la transferencia de datos por parte del paciente y las respuestas, sin un médico en medio y los que permiten el chat u otras formas de relacionamiento del médico y el paciente.

En todos los casos hay una cierta despersonalización de la relación, pero en las dos primeras en un nivel extremo, esas deberían reservarse a cuestiones muy simples, de divulgación y prevención, cuando la urgencia las hace inevitables o para sistematizar el control que ya de por sí debe hacer el paciente sólo. La tercera permite un dialogo pero igualmente hay una falta de espacio para la exposición emocional y si eso sucede va en desmedro de una relación centrada en los pacientes. En este sentido es fundamental definir etapas del proceso que deben ser sí o si presenciales (Petracci, Schwarz & Rodríguez Zoya, 2017). Ahern, Woods, Lightowler, Finley & Houston (2011) nos dicen que si no se toman las debidas providencias, la relación pasará a ser mínima y eso puede ser sólo una estrategia para reducir costos. No cabe duda de que hay que encarar el uso de TICs junto a los valores de ACP ya planteados. Y parece fundamental capacitar a médicos, enfermeras, otro profesionales y administrativos, cosa que se ha hecho poco (Goossen & Goossen- Baremans, 2013; Moorhead y otros, 2013; Garcés, Aguirre, López

& Orizondo, 2014; Hunter, 2016). Y si eso se logra, el progreso puede ser enorme incluso para la mejora de la relación con los pacientes.

Y en nuestros países debemos tener en claro que los problemas de acceso son mayores debido a las desigualdades sociales-regionales y a la fragmentación en la oferta y en algunos casos a la falta, la debilidad o lo acotado del seguro público, lo que impide la coordinación necesaria y explica porqué el retraso en el Estado es mayor. Los aspectos organizativos y culturales, tampoco son despreciables. Hay que generar fondos para la infraestructura y lograr una institucionalidad más fuerte. En lo operativo, el modelo de redes que hemos planteado a lo largo del libro puede ser de gran ayuda

Palabras finales

Hemos intentado mostrar la evolución de los sistemas de salud diferenciando lo sucedido en los países centrales y en algunos países de América Latina, en diálogo con el caso argentino y de la provincia de Buenos Aires.

¿Qué significa tener puesta la preocupación en nuestro país? Significa asumir que nuestro sistema de salud –debido a las políticas anti estatales anteriores y pese a los esfuerzos de la década de los años dos mil– adolece de escaso financiamiento, la fragmentación y la segmentación, que son consecuencia y se superponen a los problemas de regresiva distribución del ingreso y la precariedad de los sectores vulnerables. Y no podemos negar importantes vacíos normativos y de gestión. Este escenario se torna muy preocupante en nuestro ámbito de trabajo, la RMBA, sobre todo en la actualidad, por el tremendo ajuste presupuestario que estamos atravesando.

Para el análisis hemos asumido que hubo un cambio mundial desde los años setenta que involucra lo tecnológico, los comportamientos sociales, el rol del Estado pero que no ha generado una disminución sino al contrario, un aumento de las asimetrías globales y regionales. Nos posicionamos fuera de la agenda eficientista y en la tradición sanitarista, considerando clave la resolución de los problemas estructurales de nuestros países a través de un modelo de desarrollo pro consumo, valorando el fortalecimiento del rol del Estado, y la idea de solidaridad y participación, sobre todo para evitar la supremacía de las elites rentistas en mercados concentrados. Al mismo tiempo entendemos que es necesario incorporar al análisis la dimensión subjetiva del proceso de cuidado, atendiendo a las diversas capacidades e identidades que coexisten pero que también se hallan en disputa. En ese sentido se plantean alternativas a la atención basada en el médico hegemónico, especialmente a través del desarrollo de las redes integradas de servicios de salud.

Vimos que los debates empiezan a quedar atrapados entre las dos interpretaciones, la del sanitarismo y la de la agenda eficientista, pero que tanto en la teoría como en la práctica, las posiciones se van encontrando. Se mostró claramente que la cobertura universal al menos formal es un derecho en

casi todos los contextos. Que los países centrales, con excepciones y entre ellas los Estados Unidos, se prioriza una presencia estatal fuerte que se traduce en un gasto público alto basado en sistemas tributarios progresivos, copagos acotados, mecanismos de transferencias monetarias a los sectores vulnerables. La descentralización se realizó sosteniendo responsabilidades claves en la escala nacional. Y los que lo han hecho sin estos resguardos, como España e Italia están muy cuestionados.

En la mayor parte hay un seguro público y seguros privados limitados al mercado de los seguros complementarios. Hay un fortalecimiento de la APS –aunque no siempre pública ni con los valores que nosotros sostenemos– y de los hospitales públicos, aumenta la autonomía pero siguen teniendo una presencia fuerte los hospitales públicos tradicionales incluso en países cuyos sistemas gozan de amplio prestigio. Para contener esta cierta heterogeneidad, ha crecido la importancia del discurso de las redes, pero en estos países desarrollados tienen significados diversos.

En lo referido a medios de pago, luego del primer furor del pago por servicio, hoy hay una preferencia por los sistemas de cápitas, aunque con incentivos específicos. No parece discutirse la presencia de un segmento de profesionales basado en la garantía de la carrera y relación de dependencia. Y verificamos fuerte control de precio y calidad a proveedores privados (tanto de servicios sanatoriales, como de insumos). En medicamentos los gobiernos intervienen, y hoy tienen instituciones públicas o con participación estatal y siempre con la presencia de actores autónomos del sistema científico que hacen estudios de costo-efectividad y guías clínicas –siempre discutibles– pero que intentan contrarrestar la presencia amenazante de los laboratorios.

En América Latina hay más heterogeneidad, también vimos que ha habido una tendencia a ampliar la universalidad, pero a pesar de los esfuerzos realizados en los años dos mil, el escaso gasto per cápita en salud en modelos que son además descentralizados, impacta muy negativamente. Y esto recrudece con los actuales gobiernos. Por eso sólo podemos hablar de revertir ciertos problemas en el marco de proyectos de desarrollo con impulso fiscal, de lo contrario es imposible garantizar este derecho con niveles de calidad acordes y equitativos. En relación al aseguramiento, Brasil tomó la posta para ir a un modelo de seguro público con aportes tributarios, la Argentina se mantuvo en su esquema de no separación de funciones pero al igual que Brasil no pudo evitar un aumento de la provisión privada, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención. Chile y Colombia partieron, luego de diversos vaivenes, de esquemas completamente basados en la seguridad y la provisión privadas, con una negativa influencia de las empresas de salud, mientras que México lo hizo basado en la seguridad laboral, pero los tres fueron a seguros públicos focalizados para cubrir a los sectores más necesitados (con listas

positivas estrechas, sobre todo Colombia). Esto puede representar algún progreso, pero aún limitado.

Y así, incluso en los países como Brasil y Argentina donde la provisión del sector público es fuerte, no se ha podido evitar la descoordinación, y sobre todo una distribución ineficiente del riesgo que explica la concentración de los casos difíciles y costosos en el sector público y de las altas rentas en el privado, lo que torna sus sistemas de salud como inequitativos. Las elites económicas son muy potentes y manipulan su relación con el Estado en beneficio propio.

Y en un contexto de ajuste, los casos de autonomía –incluyendo el de la Provincia de Buenos Aires– han sido cuestionados, varios han sido un fracaso, el más estrepitoso es Colombia.

Respecto a la provisión de medicamentos, en nuestros países hay muchos menos mecanismos de negociación con la industria farmacéutica, los porcentajes de uso de genéricos son menores; además, preocupa la baja cobertura, el históricamente bajo –y en caída actualmente– compromiso estatal y el alto nivel de las erogaciones de bolsillo de los sectores vulnerables. Las políticas de provisión directa –tan importantes en la Argentina hasta 2015– fueron desactivadas casi completamente por los gobiernos liberales.

¿Cuál es el modelo idóneo? Ha sido difícil decirlo. Lo que si hemos encontrado es que los países muy desregulados, como Chile y Colombia son muy ineficientes financieramente, eso los hace poco equitativos y excluyentes, lo han intentado resolver con seguros focalizados pero el sesgo permanece dada la matriz original del mismo. Pero la bibliografía los pondera. Sistemas más regulados como Brasil y Argentina han garantizado más equidad, pero han tenido problemas de gestión. No son los más valorados por esa bibliografía, aunque sus progresos en los primeros años del siglo han permitido una mayor aceptación. Muchos documentos mencionan positivamente a Costa Rica o Uruguay, pero no son casos replicables por las características particulares de esos países.

En cuanto al análisis de los procesos inherentes al cuidado, éste es el reflejo de la disputa entre el enfoque del médico hegemónico y los diversos puntos de vista que hemos visto, entre ellos, el sistémico. La salud como una oferta privada o la salud como proceso endógeno, intensivo en información y conocimiento a través de relaciones lo más colaborativas posible –al menos entre el Estado y otros actores populares con intereses similares– en lo que hace a la investigación, en el vínculo entre profesionales y con los pacientes, en el equipo de trabajo o con otros (la red). Y asumiendo la existencia de jerarquías pero también espacios de resistencia.

Vimos que a pesar de la presencia de nuevos discursos, la investigación biomédica sigue determinada por la industria, por eso el escaso rol que tiene

el estudio del proceso de atención en sí, además se vio que la investigación aún sigue el perfil de morbilidad de los Países Desarrollados, que los actores principales son las EMN con sede en los países centrales, especialmente los Estados Unidos. Si bien las políticas de los países menos aventajados de Europa y los de América Latina, incluso Argentina, apuntan a consolidar alianzas entre universidades públicas y centros con equipos hospitalarios mediante el enfoque de la medicina traslacional y la generación de sistemas de innovación, éstos actores no tienen el poder ni los recursos suficientes y el conocimiento nuevo producido es limitado. Hay algunos nichos, pero no siempre son explotados en esos países. Lo que sí hay son procesos simples de ensayos clínicos y éstos han crecido, incluso en América Latina, pero proliferan los problemas de control y las anomalías, fundamentalmente por la falta de regulaciones. También han aumentado los trabajos de la llamada epidemiología clínica y social, salud colectiva o sobre gestión de sistemas de salud, que cubren un segmento importante para el análisis de los condicionantes y de ciertos procesos médicos, pero estos estudios deberían continuarse en etapas más complejas, al menos con proyectos específicos.

Por otro lado nos interesaba abordar los cambios en la relación entre profesionales, y entre el sistema y el paciente, tan importantes para el sanitarismo. Hemos visto que hay infinidad de estrategias para la participación del usuario, en algunos casos, como forma de mejorar la imagen del seguro o del proveedor, también hay mecanismos más profundos como en su mejor momento los Consejos brasileros y también los foros salvadoreños, con resultados aún limitados.

Pero la que más nos importaba era la relación en sí, en el consultorio. Se constata que hay una fuerte presión para lograr un cambio de paradigma, que esto se nota en la formación de los profesionales (más en las currículas que en las didácticas y en la actitud de los docentes). También se vio que, por el contrario, la introducción de mecanismos de gestión, aumenta la competencia a un nivel que perjudica la atención. Lo mismo sucede con el aumento del autocuidado, que puede ser muy positivo pero también un modo de ahorrar en personal y descargar el peso sobre el paciente mismo, sino se toman los debidos recaudos.

En la práctica nos ha costado verificar cuánto ha cambiado el vínculo y los beneficios generados en el tratamiento. Hay avances en cuanto a empatía, imagen profesional, una cierta escucha, pero la mejora es más difícil si pretendemos ir hacia procesos realmente consensuados. Por eso se hace imprescindible que la ACP se plantee como atención holística, comprensiva, orientada a las necesidades. Los contextos físicos y culturales deben modificarse mucho para que eso suceda.

Otro de los grandes cambios, ya en el ámbito de las profesiones, es el nuevo rol de la enfermería y la figura de la EPA, incluso en la conducción en ciertos sectores y en la prescripción, sobre todo en los Países Desarrollados. En América Latina se va más lentamente, aunque hay casos interesantes, como la enfermería comunitaria. Se vio que no siempre se da en contexto de equipos y no siempre se logra eliminar del todo la subestimación por parte de los médicos. Si bien muchos autores muestran que la estrategia genera una mejor calidad en la atención y por ende una mejora en los resultados obtenidos así como la satisfacción del personal, otros alertan sobre la importancia de compatibilizar niveles de formación y complejidad de las responsabilidades, insertar las experiencias en equipos de trabajo y sobre la necesidad de adecuar los niveles salariales.

En el mismo sentido, más en general, hay una fuerte presión a transformar el trabajo individual en trabajo dentro de un equipo multidisciplinario. Vimos que aumenta el número de centros de APS en los Países Desarrollados y en América Latina que se van organizando con equipos básicos de estas características, sobre todo en las regiones prósperas, donde faltan los recursos, el tema es más controvertido porque detrás de este discurso se esconden situaciones en las cuales los profesionales de enfermería o los médicos jóvenes asumen tareas que los exceden. Algo similar sucede en los hospitales. Cuando se dan las condiciones, o hay motivaciones de otra índole (por ejemplo el compromiso con la comunidad) muchos autores afirman como en el caso de la enfermería, que el intento es positivo para el trabajo, para la satisfacción laboral y para las trayectorias personales, pero otros dudan, ya que es difícil reducir las jerarquías interprofesionales o eliminar los sesgos peyorativos, especialmente la actitud de los médicos cambia a un ritmo inferior al deseado. En otros contextos, se deben realizar inversiones y mejorar la situación salarial antes que nada. La bibliografía coincide con la necesidad de nuevos enfoques en la formación.

Estos procesos sociales y de cambio en el sector público se han dado en paralelo con la incorporación de tecnología. La misma sin duda los facilita aunque se corre el peligro de minimizar el contacto humano y profundizar las asimetrías sociales, siempre pesa la sospecha de que solo sean un modo de hacer publicidad en un sentido superficial o de ahorrar en procesos presenciales más costosos.

Hemos relevado los usos comunes y prestado atención a los que hacen a historia clínica y e-seguimiento. Se ha visto que los países desarrollados avanzan raudamente, no sin tropiezos. En América Latina, de nuevo surge la cuestión económica, sobre todo la falta de infraestructura en muchas regiones y los problemas de coordinación mayores, es el caso de Argentina. Hay trabas de acceso, económicos, etarios y culturales; éstos últimos no hay

que subestimarlos. Por eso hay grandes diferencias entre el sector privado de alta calidad y precio y el resto. Naturalmente la solución es poner a las TICs al servicio de los valores de la atención centrada en el paciente, en el marco de un mayor nivel general de inversión en salud.

En síntesis, es evidente que en nuestros países, con el punto de partida de la falta de fondos, la descentralización y la fragmentación que se profundizan en los años noventa, se intentaron producir mejoras al menos durante los años dos mil para asegurar derechos e implementar reformas de gestión relativas a los contenidos de los procesos de salud, con las dificultades mencionadas. Es central –para lo que corresponda en las diversas escalas– aumentar el gasto público, y mejorar la gestión de la provisión pública, definir claramente un piso alto de derechos a través de un modelo de seguro, en función de ello, regular los espacios de acción y las rentabilidades del seguro y la oferta privados, para entre otros objetivos reducir los copagos.

Por otro lado avanzar, como nos enseñó el Remediar, en la solución del acceso a los medicamentos por parte de los sectores vulnerables con provisión directa. Además lograr acuerdos estables y beneficiosos para todos con los laboratorios y otros proveedores de insumos.

Para todo eso se requiere un Estado fuerte y profesional, que auspicie un modelo de atención de carácter sistémico, basado en APS, en el que se valore a los profesionales y los pacientes. En ese contexto las redes pueden servir para organizar el sistema en las diversas escalas, si responden a un sentido de solidaridad, como una estrategia de organización popular en alianza con ese Estado potente mencionado, a los fines de ir contra la jerarquía de los poderes corporativos y la excesiva burocratización y a favor de la circulación de conocimiento focalizado en nuestras realidades.

Para eso hay que adaptar la normativa pero también trabajar mucho a nivel del territorio y en la subjetividad y así reconstruir un entramado de actores sólido, comprometido y profesionalizado, con participación activa. Esta es una tarea aún pendiente, sólo así se podrán reducir las rentas improductivas que tan mal hacen a los sistemas de salud latinoamericanos y en particular a la salud de nuestro país, y mejorar la atención que recibe nuestra gente.

Bibliografía

- ABRUTZKY, R.; BRAMUGLIA, C. & GODIO, C. (2008). Aspectos de la Política Nacional de Medicamentos. Ley de Prescripción de Medicamentos por su nombre genérico y Plan Remediar. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. *Documento de Trabajo* N° 51, Buenos Aires, <www.biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20100720110104/dt51.pdf>.
- ABRUTZKY, R.; BRAMUGLIA, C. & GODIO, C. (2015). El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina. Interrogantes a mediano plazo. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, Vol. 26, N° 51, noviembre, <www.pcient.uner.edu.ar/index.php/cdyt/article/download/55/146>.
- ACUÑA & CHUDNOVSKY (2002). El sistema de salud en Argentina. Área salud. *Documento* N° 60, Ciudad de Buenos Aires, <www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>.
- ACUÑA, B.; BUFFONE, I.; FUKS, V.; LAMPONI TAPPATÁ, L.; MURANO, M.; SCARLATO, A.; VEIGA P.; SILBERMAN, P. (2012). Control social y relaciones de poder en la interacción equipo de salud-usuario. *Archivos de Medicina Familiar y General, Argentina*, Vol. 9, N° 4, 57- 67, Ciudad de Buenos Aires, <<http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/104/96>>.
- ADAMS, S. (2011). Sourcing the Crowd for Health Services Improvement: The Reflexive Patient and “Share-your-experience” Websites. *Social Science & Medicine*, 1069-1076, <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361100075>>.
- AGGARWAL, M. (2011). Improving Quality in Primary Care. *Report of the Working Group to the Primary Healthcare Planning Group*, <http://www.afhto.ca/wp-content/uploads/1.-PHPG_Quality-WG-Report_Final.pdf>.
- AGRA VARELA, Y. (2016). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Madrid: MSSSI, <<https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>>.
- AGRELI, H.; PEDUZZI, M. & SILVA, M. (2016). Patient Centred Care in Interprofessional Collaborative Practice. *Interface (Botucatu)*, 905-916, <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v20n59/en_1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>.
- AHERN, D.K.; WOODS, S.; LIGHTOWLER, M.; FINLEY, S. & HOUSTON, T.K. (2011). Promise of and Potential for Patient-Facing Technologies to Enable Meaningful Use. *American Journal of Preventive Medicine*, <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379711000699>>.
- ALBUQUERQUE, F. (2004). Desarrollo económico local y descentralización en América Latina. *Revista de la Cepal* N° 82, abril, <<http://saludpublica.bvosp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/desarrollo-descentralizacion.pdf>>.
- ALGER, J. y otros (2009). Sistemas nacionales de investigación para la salud en América

- Latina: una revisión de 14 países. *Revista Panamericana Salud Pública*, Vol. 26, N° 5, Washington, <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001100010>.
- ALUTTIS, C.; BISHAW, T. & FRANK, M. (2014). The Workforce for Health in a Globalized Context. *Global Shortages and International Migration. Glob Health Action*, 7: 10.3402/gha.v7.23611, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926986/>>.
- ALMEIDA FILHO, N. y SILVA PAIM, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en América Latina. *Cuadernos Sociales* N° 75, <www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>.
- ALMEIDA FILHO, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, Vol. 2, N° 2, 123-146, Buenos Aires, <www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista05/3.NaomarAlmeida.pdf>.
- ANCC (2011). Magnet Recognition Program Overview. *American Nurses Credentialing Center*, <<http://nursecredentialing.org/Documents/Magnet/MagOverview-92011.pdf>>.
- ANDERSON, G.; FROGNER, B.; JOHNS, R. & REINHARDT, U. (2006). Health Care Spending and Use of Information Technology in OECD Countries. *Health Affairs*, Vol. 25, N° 3, May/June, <www.ehealthcon.hsinetwork.com/HA_Anderson_2006.pdf>.
- ARELLANO GARZA, M. (2006). La convergencia regional en España y las causas de convergencia del PIB per cápita en Cataluña. *Ensayos*, Vol. XXV, N° 2, noviembre, 57-80, <<https://drive.google.com/file/d/0BLDcQh44IR8RjY4cnFBVC1FcGM/view>>.
- ARGENTINA.GOB.AR (2018a). Avanza el registro de personas para la implementación de la Cobertura Universal de Salud, enero. <<https://www.argentina.gob.ar/noticias/avanza-el-registro-de-personas-para-la-implementacion-de-la-cobertura-universal-de-salud>>.
- ARGÜELLO VERBANAZ, S. (2016). Regulación y fijación de precios de los medicamentos en Canadá, España, Australia, Reino Unido, Brasil y Chile. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional Chile. <www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/22226/1/Informe%20Final.pdf>.
- ARRIAGADA, I.; ARANDA, V. & MIRANDA, F. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6119/S051049_es.pdf?sequence=1>.
- ARTAZA BARRIOS, O.; MÉNDEZ, C.A.; MORRISON, H.; REYNALDO & SUÁREZ JIMÉNEZ, J.M. (2011). Redes integradas de servicios de Salud: el desafío de los hospitales. Santiago de Chile, OPS/OMS.
- ASE, I. & BURDOVICH, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la Salud colectiva, *Salud colectiva*, Vol. 5, N° 1, 27-4.
- ATUN y otros (2014). América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. *The Lancet* el 16 de octubre, <<http://www.medic.org/medicreview/index.php?issue=33>>.
- AUSTRALIAN DIGITAL HEALTH AGENCY (2016). About the Agency. Retrieved from Australian Government. *Australian Digital Health Agency*, <<http://www.digitalhealth.gov.au/about-the-agency>>.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT (2013). Review of the personally controlled Electronic Health Record. Australian Government, <[https://health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/17BF043A41D470A9CA257E13000C9322/\\$File/FINAL-Review-of-PCEHR-December-2013.pdf](https://health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/17BF043A41D470A9CA257E13000C9322/$File/FINAL-Review-of-PCEHR-December-2013.pdf)>.
- AVELLA MARTÍNEZ, L. & PARRA RUIZ, P. (2013). Tecnología de la información y comunicación en salud (TICS) en el sector salud. Bogotá: Universidad Nacional de

- Colombia, <<http://www.bdigital.unal.edu.co/11172/1/laurayanethavellamartinez.2013.pdf>>.
- BACKES, D.; BACKES, M.; ERDMANN, A.; BÜSCHER, A.; MARCHIORI, M. & KOERICH, M. (2012). Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 17, N° 5, 1151-1157, <www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a09v17n5.pdf>.
- BAGLEY, C. & TVARNO, C. (2013). Pharmaceutical Public-Private Partnerships in the United States and Europe: Moving from the Bench to the Bedside. *Lecturer and Other Affiliate Scholarship Series. Paper 12*. Yale Law School Legal Scholarship Repository, <<http://digitalcommons.law.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=ylas>>.
- BAIXENCH, C. (2012). ¿Trabajamos en equipo los médicos? Una realidad o solo palabras. *Acta méd. costarric.* Vol. 54 N° 3, San José, Jul./Sep., <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300001>.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (2001). Resumen de Conclusiones. Descentralización y efectiva participación ciudadana: Seis relatos cautelares. Oficina de Evaluación y Supervisión, OVE, New York, <<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5638/Resumen>>.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (2008). La descentralización vista como eje fundamental para el desarrollo. Noticias 15/7, <<http://www.iadb.org/es/noticias/articulos/2008-07-15/la-descentralizacion-vista-como-eje-fundamental-para-el-desarrollo,4684.html>>.
- BANCO MUNDIAL (1993). Informe de desarrollo mundial. Invertir en salud. Washington D.C., <<http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/3412noventapanish.pdf>>.
- BANCO MUNDIAL (1996). Report and Recommendation of the Presidente of the International Bank for Reconstruction and Development to the Executive Directors on Proposed Health Insurance Reform Loans to the Argentine Republic. Washington D.C., <<http://documents.worldbank.org/curated/en/181611468210574279/text/multi0page.txt>>.
- BANCO MUNDIAL (2018). Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of us\$300 million to the Argentine Republic for a Supporting Effective Universal Health Coverage in Argentina Project, april 27, Washington.
- BARROS, P.; BARRY, M.; BRAND, H.; BROUWER, W.; DE MAESENEER, J.; JÖNSSON, B.; LAMATA, F.; LEHTONEN, F.; MARUŠIČ, D.; MCKEE, M.; RICCIARDI, W.; THOMSON, S. (2015). Access to Health Services in the European Union. Preliminary Opinion. *European Commission*, <https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/010_access_healthcare_en.pdf>.
- BARSKY, O. y CORENGIA, A. (2017). La educación universitaria privada en Argentina. *Debate Universitario* N° 10, mayo, <<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/debate-universitario/issue/view/747/showToc>>.
- BÁSCOLO (2008). Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina. *Cepal, Serie Financiamiento del Desarrollo* N° 206, Santiago de Chile, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/51811/S0800877_es.pdf>.
- BATES, N. & PIANI, A. (2005). Participation in the National Health Interview Survey: Exploring Reasons for Reluctance Using Contact History Process Data. Washington, DC: U.S. Census Bureau, <<https://pdfs.semanticscholar.org/aba4/0e35c43e30e551f159e6795e701ebbef4564.pdf>>.
- BATISTA, F. y MERHY, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva* Vol. 7, N° 1, 9-20, Universidad de Lanús, <https://www.academia.edu/31805155/El_reconocimiento_de_la_produccion_subjetiva_del_cuidado>.

- BEACH, M. & INUI, T. (2006). Relationship-centered Care. A Constructive Reframing. *J Gen Intern Med.*, S3-S8, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16405707>>.
- BEDLINGTON, N. (2015). The Power of the Patients. Eurohealth Incorporating. *Euro Observer*, Vol. 21, N° 3, 26-32, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0006/287250/EuroHealth_V21n3.pdf?ua=1>.
- BELLONI, A.; MORGAN, D. & PARIS, V. (2016). Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges. Paris: *OECD Health Working Papers*, N° 87, <http://www.redaccionmedica.com/contenido/imagenes/ocde_informe_pharma.pdf>.
- BERNSTEIN, A.; HICKS, V.; BORBEY, P. & CAMPBELL, T. (2006). A Framework to Measure the Impact of Investments in Health Research. OECD, <<http://www.oecd.org/sti/inno/37450246.pdf>>.
- BERTAKIS, K.D.; AZARI, R. (2011). Patient-centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization, *J Am Board Fam Med.*, Vol. 24, N° 3, May-Jun.
- BERWICK, D.; NOLAN, T. & WHITTINGTON, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, Vol. 27, N° 3, 759-769, <<http://content.healthaffairs.org/content/27/3/759.full.pdf>>.
- BIANCHI, C. y TORRES FREIRE, C. (2018). Biotecnología para salud humana, estrategias de desarrollo y políticas públicas. Brasil 2004-2016. En: Lavarello, P.; Gutman, G.; Sztulwark, S. (coords.) Explorando el camino de la Imitación creativa: la industria biofarmacéutica argentina en los 2000. PuntoLibro, Buenos Aires.
- BISANG, R. y CETRÁNGOLO, O. (1997). Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. *CEPAL Serie Reformas de Política Pública*, N° 47 Santiago de Chile, <<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7379>>.
- BISANG, LUZURIAGA y SANMARTÍN (2017). El mercado de los medicamentos en Argentina. CECE, Buenos Aires, <<http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/medicamentosargentina.pdf>>.
- BLOOR, K. & FREEMANTLE, N. (1996). Lessons from International Experience in Controlling Pharmaceutical Expenditure II: Influencing Doctors. *BMJ*, Vol. 312, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2351250/pdf/bmj00546-0039.pdf>>.
- BLUMENTHAL, D. (2011). Implementation of the Federal Health Information Technology Initiative. *The New England Journal of Medicine*, 2426-2431.
- BLUMENTHAL, D.; CHERNOF, B.; FULMER, T.; LUMPKIN, J. & SELBERG, J. (2016). Caring for High-Need, High-Cost Patients. An Urgent Priority. *The New England Journal of Medicine*, 909-977, <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1608511>>.
- BODENHEIMER, T. & GRUMBACH, K. (2003). Electronic Technology: A Spark to Revitalize Primary Care? *Jama*, 259-264, <<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/196876>>.
- BOISIER, S. (2004). Desarrollo territorial y descentralización. El desarrollo en el lugar y en las manos de la gente. *Revista Eure*, Vol. XXX, N° 90, Santiago de Chile, 27-40.
- BOLADERAS, M. (2004). Bioética: definiciones, prácticas y supuestos antropológicos. *Themata. Revista de filosofía*, <<http://institucional.us.es/revistas/themata/33/41%20boladeras.pdf>>.
- BONINI, S.; EICHLER, H.G.; WATHION, N. & RASI, G. (2014). Transparency and the European Medicines Agency. Sharing of Clinical Trial Data. *The New England Journal of Medicine*, 2452-2455, <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1409464>>.
- BONNER, P. & DALEY, J. (2010). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Canada: An Overview for Innovative Drug Manufacturers, <<http://whoswholegal.com/news/features/article/27744/pharmaceutical-pricing-reimbursement-canada-overview-innovative-drug-manufacturers>>.

- BOURGUEIL, Y.; MAREK, A.; MOUSQUÈS, A. (2009). Three Models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand. *Institute for research and information in health economics*, N° 141, April, <www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES141.pdf>.
- BREILH, J. (1999). Nuevos paradigmas en la salud pública. Reunión Internacional. Centro internacional de investigaciones para el desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el ambiente. Organización Panamericana de la Salud-Escuela nacional de salud pública –Fiocruz, Río de Janeiro, noviembre.
- BREILH, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción basada en la determinación social de la salud. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. México, 29 de septiembre/3 de octubre, <[http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh%2C J-CON-119-Una perspectiva em.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh%2C%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf)>.
- BRYANT LUKOSIUS, B.; VALAITIS, R.; MARTIN-MISENER, R.; DONALD, F.; MORÁN PEÑA, L.; BROUSSEAU, L. (2017). Enfermería con práctica avanzada: una estrategia para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 25.
- CABA (2018). Historia Clínica Electrónica en todos los centros de salud, <www.buenosaires.gob.ar/compromisos/historia-clinica-electronica-en-todos-los-centros-de-salud>.
- CÁMARA DE COMERCIO DE CALI (2017). *Informe Económico* N° 9, mayo, <<https://www.ccc.org.co/file/2017/05/Informe-RC-N9-Excelencia-Clinica-1.pdf>>.
- CAMPOS DE OLIVEIRA, J. & MISUE MATSUDA, L. (2016). Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. *Esc Anna Nery* Vol. 20, N° 1, 63-69, <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>>.
- CANÇADO FIGUEIREDO, M. y otros (2014). Estudio y análisis de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en odontología en Rio Grande do Sul. *Odontostomatologia*, Vol. 16, N° 23, Montevideo.
- CARNOTA LAUZÁN, O. (2015). La invisibilidad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 41, N° 2, 184-199, <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v41n2/spu02215.pdf>.
- CARONE, G.; SCHWIERZ, C. & XAVIER, A. (2012). Cost-Containment Policies in Public Pharmaceutical Spending in the EU. *European Commission. Economic Papers* 461, Bruselas, <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2161803>.
- CARRERA, F.; CASTRO, M. & SOJO, A. (2009). Progresar hacia la equidad: sinopsis de algunos retos del financiamiento de la salud y las pensiones en Guatemala, Honduras y Nicaragua. En: Soja, A. (ed.), *El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales*, 24-31, Cepal, Santiago de Chile.
- CARRIÓ, S.; DE CUNTO, C.; CACHIARELLI, N.; CERIANI, C.; CATSICARIS, C.; USANDIVARAS, I. (2008). Medicina narrativa en pediatría: relato de una experiencia. *Arch Argent Pediatr.*, Vol. 106, N° 2, <<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/MedicinaNarrativaRevistaHIBA.pdf>>.
- CASHIN, C.; LING CHI, Y.; SMITH, P.; BOROWITZ, M. y THOMSON, S. (2014). *Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability*. Open University Press, NY, <www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf>.
- CASSIANI, S.H.; WILSON, LL.; MIKAEL, S.S.E.; MORÁN-PEÑA, L.; ZÁRATE-GRAJALES, R.; MCCREARY, LL. (2017). The Situation of Nursing Education in Latin America and the Caribbean towards Universal Health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 25, <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2232.2913>>.

- CASTRILLÓN, M.E. (2009). Integración curricular en Medicina: rol del diagnóstico por imágenes, *Educación médica continua, RAR*, Vol. 73, N° 4, <<http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v73n4/v73n4a11.pdf>>.
- CASTRO HERRERA, G. & BERNAL ALCÁNTARA, D.A. (2014). Relevancia de las encuestas para la investigación en salud y nutrición. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, Vol. 19, N° 2, 141-143, <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47331518001>>.
- CECCHINI, S.; FILGUEIRA, F. & ROBLES, C. (2014). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Unidas, *CEPAL, Serie Políticas Sociales* N° 202, Santiago de Chile, <https://www.researchgate.net/profile/Simone_Cecchini/publication/264457702_Sistemas_de_proteccion_social_en_America_Latina_y_el_Caribe_Una_perspectiva_comparada/links/53e006c50cf2aede4b4c5027/Sistemas-de-proteccion-social-en-America-Latina-y-el-Caribe-Una-perspectiva-comparada.pdf>.
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (1998). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*, N° 27.
- CENTRO ATENEA (2017). Presupuesto 2017, Ministerio de Salud, enero, <<http://ateneacentro.com.ar/2017/01/23/presupuesto-2017-ministerio-de-salud/>>.
- CENTRO ATENEA (2018). Monitor de Salud. Presupuesto 2018, mayo, <<http://ateneacentro.com.ar/2018/05/17/monitor-de-gestion-en-salud-presupuesto-2018>>.
- CENTRO DE ESTUDIOS DE LA PRODUCCIÓN-CEP (2015). Complejo Farmacéutico. Ministerio de Economía, Buenos Aires, <https://www.economia.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmacaceutico.pdf>.
- CETRÁNGOLO y DEVOTO (2002). Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Paper presentado en el Taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28457/1/LCbueR251_es.pdf>.
- CETRÁNGOLO (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Rev. de Economía Política de Buenos Aires*, Vol. 8, N° 13, <http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf>.
- CEPAL (2006). La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad. Cepal, Montevideo. <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2806/1/S2006002_es.pdf>.
- CEPAL (2010). Tics y salud. *Newsletter* N° 12, junio, <<https://www.cepal.org/socinfo/noticias/paginas/3/44733/newsletter12.pdf>>.
- CEPAL (2016). Estado de la banda ancha en América Latina y el Caribe 2016. Cepal. Cooperación alemana, Santiago de Chile, <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40528/6/S1601049_es.pdf>.
- CERCONE, J. (2006). Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe. Cepal *Serie Financiamiento del Desarrollo* N° 168, Santiago de Chile, <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5161/S0600796_es.pdf?sequence=1>.
- CFI-MINISTERIO DE ECONOMÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2015). Fortalecimiento de la coordinación de la red de hospitales de la región sudeste del conurbano de la Provincia de Buenos Aires que referencia en el Hospital El Cruce “Dr. Néstor Carlos Kirchner”. Informe Final (Mimeo).
- CHEN, A.; MURPHY, E. & YEE, H. (2013). eReferral. A New Model for Integrated Care. *The New England Journal of Medicine*, 2450-2453, <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215594>>.
- CLOUGH, J. (2008). Collaboration Between Physicians and Nurses: Essential to Patient Safety. Forum CRICO/RMF. <<https://www.rmf.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2008/Collaboration-Between->

- Physicians-and-Nurses-Essential-to-Patient-Safety>.
- CÓRRECES, P.; OFMAN, S. y STEFANI, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 4, 19-34.
- COLLINS, C.; LEVIS, D.; MUNGER, R. & WADE, T. (2010). Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care. Milbank Memorial Fund, <<http://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/04/EvolvingCare.pdf>>.
- CONTRERAS, V. y MARTÍNEZ, J. (2013). Prescripción de enfermería en Chile. *Chilean Nursing Prescription. Horiz Enferm.*, Vol. 23, N° 3.
- CREMER, J.; LOZACHMEUR, J.M. y WRIGHT, S. (2007). Protecting Equity while Improving Efficiency: Some Possibilities for Expanding the Role of Competition and Choice in Health Care Delivery Luxembourg's Ministry of Health y Sitra en Cox Report. Financing Sustainable Healthcare in Europe. New Approaches for New Outcomes. Conclusions from a Collaborative Investigation into Contentious Areas of Healthcare, <https://media.sitra.fi/2017/02/28141943/The_Cox_Report-2.pdf>.
- CROJETHOVIC, M.; ARIOVICH, A. (2008). La autogestión hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas. *Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín*, Año 2, N° 4, Buenos Aires. <http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04_2_Crotehovic_y_Ariovich.pdf>.
- CURRY, N. & HAM, C. (2010). Clinical and Service Integration. The Route to Improved Outcomes. Londres: King's Fund., <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601513/>>.
- CURRY, N. & HAM, C. (2011). Integrated Care. What is it? Does it work? What does it Mean for the NHS? The Kings Fund., <<https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Integrated-care-summary-Sep11.pdf>>.
- DANA, J. & LOEWENSTEIN, G. (2003). A Social Science Perspective on Gifts to Physicians From Industry. *JAMA*. 2003; 290(2): 252-255. doi:10.1001/jama.290.2.252.
- DANISH TECHNOLOGICAL INSTITUTE (2009). Study on the competitiveness of the European biotechnology industry. The financing of biopharmaceutical product development in Europe. Copenhagen/ Brussel: European Commission, DG Enterprise and Industry.
- DATOS GOB.ES (2016) Indicadores y repositorios de datos abiertos sanitarios en Europa, <<http://datos.gob.es/es/noticia/indicadores-y-repositorios-de-datos-abiertos-sanitarios-en-europa>>.
- DAVIDSON, J. y otros (2007). Clinical Practice Guidelines for Support of the Family in the Patient-Centered Intensive Care Unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007, <<http://www.learnicu.org/Docs/Guidelines/Patient-CenteredIntensive.pdf>>.
- DAVIS, K.; STREMIKIS, K.; SQUIRES, D.; SCHOEN, C. (2014). Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. *Health Care System Compares Internationally*, June 16, <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror-wall-2014-update-how-us-health-care-system?redirect_source=/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>.
- DE LA CRUZ, R.; PINEDA MANNHEIM, C.R.; PÖSCHL, C. (2010). La alternativa local: Descentralización y desarrollo económico. Introducción. BID, Washington DC, <<https://publications.iadb.org/handle/11319/242>>.
- DEDEU, T.; BOLIBAR, B.; GENÉ, J.; PAREJA, C. & VIOLAN, C. (2015). Spain, en Kringos, D.; Boerma, W.; Hutchinson, A. & Saltman, R.; Building Primary Care in a Changing Europe. Case Studies, 253-265, WHO.
- DELGADO-BRAVO, A.; NARANJO-TORO, M.; CASTILLO, R.; BASANTE, Y. & ROSERO-OTERO, M. (2014). Tendencias de investigación en

- salud. Análisis y reflexiones. *Aquichan*, Vol. 14, N° 2, 237-250, <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n2/v14n2a11.pdf>>.
- DEL RÍO MADRAZO, J. (2013). El equipo de atención primaria en España. *Archivos de Medicina Familiar y General*, Vol. 10, N° 1, 15-21.
- DÍAZ LLANES, G. y PÉREZ CÁRDENAS (2003). Las ciencias sociales en la formación de posgrado en Salud Pública. *Educ Med Super*, Vol. 17, N° 2, La Habana, abr.-jun., *Scielo*, <http://sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000200003>.
- DI GROPELLO & COMINETTI (1998). La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. Cepal, Santiago de Chile, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31142/1/S9800076_es.pdf>.
- DI NAPOLI MESA, S. (2015). La acreditación en la Argentina. Realidad, intención o utopía? Asociación de Bioquímicos de la Ciudad de Buenos Aires, <[www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Acreditacion en Argentina. Mesa Di Napoli.pdf](http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Acreditacion%20en%20Argentina.Mesa%20Di%20Napoli.pdf)>.
- DIRECTORATE GENERAL FOR ECONOMIC AND FINANCIAL AFFAIRS (2012). The Quality of Public Expenditures in the EU. *Occasional Papers* 125, December. European Union, Bruselas, <http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp125_en.pdf>.
- DMYTRACZENKO, T.; MONTENEGRO TORRES, F. y ATEN, A. (2013). Universal Health Coverage Policies in Latin America and the Caribbean, en: Dmytraczenko, T. y Almeida, G., *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean Evidence from Selected Countries*. World Bank, Washington, <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464804540.pdf>>.
- DMYTRACZENKO, T. y ALMEIDA, G. (2015). *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean Evidence from Selected Countries. Conclusions*. World Bank, Washington, <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464804540.pdf>>.
- DOCTEUR, E. & OXLEY, H. (2003). *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. OECD Publishing, <<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/51gsjvhv7q0q.pdf?expires=1472064548&id=id&accname=guest&checksum=4BD830EBA4C786B85D98AB9A03E2ABAB>>.
- DOCTEUR, E. & PARIS, V. (2008). *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. OECD, <http://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-pricing-policies-in-a-global-market_9789264044159-en#page8>.
- DONOSO VALENZUELA, N.; DÍAZ SIMPSON, M. & PERALTA, J. (2009). *Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de Chile. Aplicación 2009*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
- DOS REIS BELLAGUARDA, M.L.; NELSON, S.; PADILHA, M.I.; CARAVACA-MORERA, J.A. (2015). *Autoridad Prescriptiva y Enfermería: un análisis comparativo de Brasil y Canadá*, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, nov.-dic., Vol. 23, N° 6.
- DOS SANTOS (2004). *Innovaciones en el financiamiento intergubernamental para promover la equidad en el Acceso a los Servicios Sociales: El caso de la Salud y la Educación en Brasil*, <<https://publications.iadb.org/handle/11319/4399>>.
- DOS SANTOS, A.; ALVES, H.; FERREIRA, S.; SALLES DIAS, M. & COSTA OLIVEIRA, R. (2013). *El desarrollo de la telesalud en América Latina: un enfoque inicial*. En: Fátima dos Santos, A. & Fernández, A., *Desarrollo de la telesalud en América Latina. Aspectos conceptuales y estado actual*, Santiago de Chile, Cepal, 55-103, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35453/S2013129_es.pdf?sequence=1>.
- DRUMMOND, M. (2012). *Twenty Years of Using Economic Evaluations for Reimbursement Decisions What Have We Achieved?* York: Centre for Health

- Economics, University of York, UK. *Research Paper 75*.
- DUBERTRET, L. (2007). La medicina centrada en el paciente: una revolución terapéutica. *Actas Dermosifiliogr*, Vol. 98, N° 5, 297-301, <<http://www.actasdermo.org/es/la-medicina-centrada-el-paciente/articulo/13106151/>>.
- DURÁN, A.; SALTMAN, R. Y DUBOIS, H. (2011). Conclusions and Remaining Issues en Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy World Health Organization, On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Introduction.
- DURÁN, A. & SALTMAN, B. (2013). Innovative Strategies in Governing Public hospitals. *Eurohealth*, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf?ua=1>.
- DURAND-ZALESKI, I. (2016). The French Health Care System. En: Mossialos, E.; Wenzl, M.; Osborn, R. & Sarnak, D., International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund., 58-67.
- ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2010). Joint Report on Health Systems. *Occasional Papers 74*. December. Bruselas, <http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf>.
- ENFERMERÍA UNIVERSITARIA (2017). La enfermería de práctica avanzada. ¿Qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enfermería Universitaria*, Vol. 14, N° 4, 219-223.
- EPSTEIN, N. (2014). Multidisciplinary In-hospital Teams Improve Patient Outcomes: A review. *Surg Neurol Int.*, S295-S303, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173201/>>.
- EPSTEIN, R. & STREET, R. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056855/pdf/0090100.pdf>>.
- ETIENNE, C.F. (2014). La eSalud: aprovechar la tecnología en el camino hacia la cobertura universal de salud. *Rev. Panam. Salud Pública*, Vol. 35, N° 5/6, 318-324, <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n5-6/01.pdf>>.
- EUROPEAN COMMISSION (2007). White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, Bruselas, <http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf>.
- EUROPEAN COMMISSION (2013). Investing in Health. Commission Staff Working Document Social Investment Package, Bruselas, <http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf>.
- EUROPEAN COMMISSION (2014). Health and health systems. Comisión Europea, Bruselas, <www.lazio5stelle.it/wp-content/uploads/2013/12/05_health_and_health_systems.pdf>.
- EUROPEAN COMMISSION (2018). Cuadro europeo de indicadores de la innovación. Unión Europea, Bruselas.
- FAJARDO-CABALLERO, N. & BAYONA-PALMA, A. (2011). Investigación clínica en Perú: situación actual y perspectivas. *Rev. Soc. Perú Med. Interna*, Vol. 24, N° 4, 199-206.
- FALASCO, M. (2005). Relación médico-paciente: Jerarquización de la autonomía del paciente. *Acta bioquím. clín. latinoam.* Vol. 39, N° 2, La Plata, <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572005000200012>.
- FAURE, J.-E. (2016). European Research Infrastructures for Societal Challenge 1, <https://ec.europa.eu/research/health/pdf/infoday_2016/5_eu_life_science_jean_emmanuel.pdf#view=fit&pagemode=none>.
- FERGUSON, T. & FRYDMAN, G. (2004). The first generation of e-patients. *BMJ*. Vol. 328, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC411079/pdf/bmj32801148.pdf>>.
- FERGUSON, T. (2007). E-patients: How they can Help us Heal Healthcare. Robert Wood Johnson Foundation Quality Health Care Grant, <http://e-patients.net/e-Patients_White_Paper.pdf>.
- FERNÁNDEZ, A. (2010). TIC y salud: promesas y desafíos para la inclusión social. Cepal.

- Newsletter 12: Salud y TIC, 1-10*, <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/socinfo/noticias/paginas/9/40689/P40689.xml&xsl=/socinfo/tpl/p18f.xsl&base=/socinfo/tpl/top-bottom.xsl>>.
- FERNÁNDEZ, V.R. (2016). La trilogía del erizo zorro: redes globales, trayectorias nacionales y dinámicas regionales desde la periferia. *Anthropos*. Ediciones UNL, Santa Fe.
- FERNÁNDEZ GALEANO, M. (2012). Perfil farmacéutico de la República Oriental del Uruguay. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/medicines/areas/coordination/pscp_uruguay_sp.pdf>.
- FERNÁNDEZ PRIETO, A. y otros (2013). Evaluación y monitoreo. Acceso a medicamentos. Diversas miradas. Mismo derecho. Ministerio de Salud de la Nación, Programa REMEDIAR+REDES, Buenos Aires, <<http://186.33.221.24/medicamentos/files/EVALUACION-MONITOREO2013.pdf>>.
- FERNÁNDEZ SILVA, C.A.; LÓPEZ ANDRADE, C.I.; SÁNCHEZ SEPÚLVEDA, M.P. (2018). La gestión del cuidado en la Atención Primaria en salud en Chile. *Rev. iberoam. Educ. invest. Enferm.*, Vol. 8, N° 2, 18-29, <www.enfermeria21.com/revistas/aladef/articulo/277/la-gestion-del-cuidado-en-la-atencion-primaria-en-salud-en-chile/>.
- ENSENYAT, G. & CIRERA CRIVILLÉ, L. (2010). El valor económico del autocuidado de la salud. *Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) (UPF)*.
- FERRANTI, D.; PERRY, G.; FERREIRA, H. Y WALTON, M. (2004). Desigualdad en América Latina y el Caribe. ¿Ruptura con la historia? Banco Mundial, Washington.
- FISCHER, K.; HEISSERA, T. & STARGARDT, T. (2016). Health Benefit Assessment of Pharmaceuticals: An International Comparison of Decisions from Germany, England, Scotland and Australia. Vol. 120, Issue 10, 1115-1122.
- FARMACIA HOSPITALARIA, SANITARIA (2011). La receta electrónica reduce un 55% el número de medicamentos duplicados en pacientes ancianos polimedcados, 7 de diciembre, <<http://farmaciahospitalaria.publicacionmedica.com/noticia/la-receta-electronica-reduce-un-55-el-numero-de-medicamentos-duplicados-en-pacientes-ancianos-polimedcados>>.
- FLEURENCE, R.; WHICHER, D.; DUNHAM, K.; GERSON, J.; NEWHOUSE, R. & LUCE, B. (2015). The Patient-centered Outcomes Research Institute's Role in Advancing Methods for Patient-centered Outcomes Research. *Medical Care*, <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2015/01000/The_Patient_centered_Outcomes_Research_Institute_s.2.aspx>.
- FOOKS, C. & MASLOVE, L. (2004). Rhetoric, Fallacy or Dream? Examining the Accountability of Canadian Health Care to Citizens. Ottawa: Canadian Policy Research Networks Inc., <<http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=549>>.
- FORT, D.; HERR, T.; SHAW, P.; GUTZMAN, K. & STARREN, J. (2017). Mapping the evolving definitions of translational research. *Journal of Clinical and Translational Science*, 1.
- FORTNEY, J. y otros (2015). Telemedicine-based Collaborative Care for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. Jan; Vol. 72, N° 1, 58-67, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25409287>>.
- FOX, A. & REEVES, S. (2015). Interprofessional Collaborative Patient-Centred Care: A Critical Exploration of Two Related Discourses. *J Interprof Care.*, 113-8, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25180630>>.
- FRACCARO, P.; VIGO, M.; BALATSOUKAS, P.; BUCHAN, I.E.; PEEK, N.; VAN DER VEER, S.N. (2018). The Influence of Patient Portals on Users' Decision Making is Insufficiently Investigated: A Systematic Methodological Review. *Int J Med Inform.* <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29425621>>.
- FRAMPTON, S. y otros (2008). Patient-Centered Care Improvement Guide. Picker Institut <http://www.hqontario.ca/Portals/0/modals/qi/en/processmap_pdfs/tools/patient-

- centered%20care%20improvement%20guide.pdf>.
- FUJISAWA, R. & LAFORTUNE, G. (2008). The Remuneration of General Practitioners and Specialist in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? OECD. <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-remuneration-of-general-practitioners-and-specialists-in-14-oecd-countries_228632341330?crawler=true>.
- GALILEA, S.; LETELIER, L. Y ROSS, K. (2011). Descentralización de servicios esenciales. Los casos de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México en salud, educación, residuos, seguridad y fomento. CEPAL, Colección documentos de proyecto disponible, <<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3835/S2010976.pdf;jsessionid=A9A8CC7B204BED716C0F254F7A7B53DE?sequence=1>>.
- GALLEGOS, J. & GUTIÉRREZ, L. (2016). El Sistema Nacional de Calidad en Colombia. Bogotá: Banco Interamericano de Desarrollo, <<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7765/El-Sistema-Nacional-de-Calidad-en-Colombia-un-analisis-cualitativo-del-desarrollo-del-sistema.pdf?sequence=1>>.
- GALSWORTHY, M.; PALUMBO, L. & MCKEE, M. (2014). Has Big Pharma hijacked the European health research budget? The Lancet. Vol. 383, N° 9924, 1210-1225, <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60232-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60232-4.pdf)>.
- GAMBLE, J.-M.; WEIR, D.; JOHNSON, J. & EURICH, D. (2011). Analysis of Drug Coverage Before and After the Implementation of Canada's Drug Review. *Canadian Medical Association Journal*, 183-189.
- GANN, B. (2004). NHS Direct Online: A Multi-Channel eHealth Service. En: Iakovidis, I.; Wilson, P. & Healy, J.C., e-HEALTH. Current Situation and Examples of Implemented and Beneficial E-Health Applications, 164-169, IOS press, <<https://www.amazon.com/Health-Implemented-Beneficial-Applications-Informatics/dp/1586034480>>.
- GARCÉS, H.; AGUIRRE, L.; LÓPEZ, M. & ORIZONDO, M. (2014). Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica. *Rev. EDUMECENTRO* Vol. 6, N° 1, Santa Clara ene.-abr, <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000100018>.
- GARCÍA-ALTÉS, A. & ARGIMON, J. (2016). La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300954>>.
- GARRAFA, V. Y MANCHOLA, C. (2017). Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. 30/8, <<https://aldiaargentina.microjuris.com/2017/08/30/bioetica-y-asimetria-negativa-de-poder-explotacion-desigualdad-y-derechos-humanos-garrafa-volnei-manchola-camillo>>.
- GARRAFA, V. & PORTO, D. (2008). Ética de la intervención. En: Verbete Tealdi, J.C. (dir). Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: Unibiblos-Universidad Nacional de Colombia/Redbioética Unesco, 61-164, <https://www.researchgate.net/profile/Volnei_Garrafa/publication/288846992_Bioetica_de_intervencion_verbete/links/595f9ea6af6dccc91b7b6a9/Bioetica-de-intervencion-verbete>.
- GATTINI, C. (2009). Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en Salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. Paho. Serie Técnica de Información para la Toma de Decisiones, Santiago de Chile, <www.paho.org/chi/images/pdfs/sistemas-nacionales-informacion-salud-final.pdf?ua=1>.
- GENUA, M. & FUNDAZIOA, M. (2011). Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada. *Ingema*, <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadísticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf>.

- GIEDION, U.; TRIŠTAO, I.; BITRÁN, R. & CAÑON, O. (2014). Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina. En: Giedion, U.; Trištao, I.; Bitrán, R., Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Introducción. BID, NY, <<https://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/38337448.pdf>>.
- GIEDION, U.; MUÑOZ, A. Y ÁVILA, A. (2015). Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud, *Nota Técnica* N° 837. Introducción. BID, NY, <<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7093/Nota-1-introducci%C3%B3n-Serie-de-notas-t%C3%A9cnicas-sobre-procesos-de-priorizaci%C3%B3n-en-salud.pdf?sequence=1>>.
- ESCOBAR, M.; GIEDION, U.; ACOŠTA, O.; CASTAÑO, R.; PINTO, D.; RUIZ GÓMEZ, F. (2010). Diez años de reformas del sistema de salud: lecciones sobre el financiamiento de la salud. En: Glassman, A.; Escobar, M.; Giuffrida, A. y Giedion, U., Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia. BID y The Brookings Institution, NY, <<https://publications.iadb.org/handle/11319/426>>.
- GIEDION, Ú.; VILLAR, M. Y ÁVILA, A. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Fundación Mapfre, <<http://fundacionmapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>>.
- GIEPMANS, P.; DUSSAULT, G.; BATENBURG, R.; FRICH, J.; OLIVERS, R.; SERMEUS, W. (2013). Managing a scarce resource: addressing critical health workforce challenge Eurohealth, Vol. 19, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf?ua=1>.
- GILBERT, J. & YAN, J. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. WHO, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf>.
- GIOVANELLA, L.; FEO, O.; FARIA, M. & TOBAR, S. (2012). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAGS-UNASUR, Río de Janeiro, <[http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/publicaciones/Sistemas de Salud en America del Sur.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/publicaciones/Sistemas%20de%20Salud%20en%20América%20del%20Sur.pdf)>.
- GIOVANELLA, L. (2013). Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Observatorio de Salud del Mercosur, Río de Janeiro, <<http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>>.
- GNANASAKTHY, A.; DEMURO, C.; MORDIN, M.; COPLEY-MERRIMAN, K. & MAUSKOPF, J. (2010). The Role of the Patient Voice in Health Technology Assessment, <[http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(10\)72074-X/pdf](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(10)72074-X/pdf)>.
- GODMAN, B. y otros (2012). Payers Endorse Generics to Enhance Prescribing Efficiency: Impact and Future Implications, a Case History Approach. *Generics and Biosimilars Initiative Journal (Gabi Journal)*, Vol. 1, N° 2, <<http://gabi-journal.net/payers-endorse-generics-to-enhance-prescribing-efficiency-impact-and-future-implications-a-case-history-approach.html>>.
- GONZÁLEZ BERNALDO DE QUIRÓS, F.; LUNA, D.; BAUM, A.; PLAZZOTTA, F.; OTERO, C.; BENÍTEZ, S. (2012). Incorporación de tecnologías de la información y de las comunicaciones en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Documento de Proyecto @LIS2, “Alianza para la Sociedad de la Información 2 – Diálogo político inclusivo e intercambio de experiencias”, desarrollado en conjunto por CEPAL y la Unión Europea, Santiago, <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/3959-incorporacion-tecnologias-la-informacion-comunicaciones-hospital-italiano-buenos>>.
- GONZÁLEZ GARCÍA, G.; DE LA PUENTE, C. Y TARRAGONA, S. (2005). Medicamentos: salud, política y economía. Buenos Aires: ISALUD, <<https://farmacomedia.files.wordpress.com/2011/08/medicamentos-salud-polc3adtica-y-economc3ada-ginc3a9s->

- gonzc3a11ez-garcc3ada-isalud-ac3b1o-2005.pdf>.
- GOODWIN, N. & SMITH, J. (2012). The Evidence Base for Integrated Care. The King's Fund and the Nuffield Trust, <<http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/evidence-base-for-integrated-care-251011.pdf>>.
- GOOSSEN, W. & GOOSSEN-BAREMANS, A. (2013). Clinical Professional Governance for Detailed Clinical Models. En: E. Hovenga & H. Grain, Health information governance in a digital environment, 231-261, <<http://www.iospress.nl/book/health-information-governance-in-a-digital-environment/>>.
- GOTTRET & SCHIEBER (2007). Estudio del financiamiento de la salud: una guía para especialistas. Banco Mundial y Mayol ediciones, <<http://documents.worldbank.org/curated/en/203041468315358077/pdf/370910SPANISH0101OFFICIAL0USE00NLY1.pdf>>.
- GOVERNA, F. (2001). Il territorio come soggetto collettivo? Comunità, attori, territorialità, Bonora (ed), Quaderno Slot, BaskervilleUniPress.
- GPHA. (2015). Generic drugs savings in the US. Seventh annual edition. Generic pharmaceutical Association, <http://www.gphaonline.org/media/wysiwyg/psf/GPhA_Savings_Report_2015.pdf>.
- GRANT, K. (2015). Ontario's curious shift away from family health teams. Tratto da The Globe and Mail, febrero 15, <<http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/ontarios-curious-shift-away-from-family-health-teams/article22989363/>>.
- GREER, S.L.; WISMAR, M. & FIGUERAS, J. (2015). Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. WHO, Washington, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf>.
- GRIFFITHS, E.; HENDRICH, J.; STODDART, S. & WALSH, S. (2015). Acceptance of health technology assessment submissions with incremental cost-effectiveness ratios above the cost-effectiveness threshold, <<https://www.dovepress.com/acceptance-of-health-technology-assessment-submissions-with-incremental-peer-reviewed-fulltext-article-CEOR#ref2>>.
- GRIFFITHS, L. (2015). The German NICE or the German nasty? An analysis of IQWiG decisions and requirements for and "added benefits", <https://www.ispor.org/research_pdfs/51/pdffiles/AG1.pdf>: Parexel>.
- GUERRERO, R.; GALLEGU, A.; BECERRIL-MONTEKIO, V. & VÁSQUEZ, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública Mex*, <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>>.
- HEALTH QUALITY ONTARIO (2013). Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, Vol. 13, N° 10, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24194798>>.
- HEGDDEKAR, M. (2014). The emergence of e-patients: Role of internet and social media in Participatory Medicine. *Medlink*, <<http://medlink-uk.net/wp-content/uploads/2014/11/HegdekarM.pdf>>.
- HENAO-MARTÍNEZ, D. y otros (2008). Integración Asistencial de Dos Organizaciones en Cataluña, España. *Rev. salud pública*, Vol. 10, N° 1, 33-48, <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n1/v10n1a04>>.
- HEREDIA, LAURELL ASA, FEO, NORONHA, GONZÁLEZ-GUZMÁN & TORRES-TOVAR (2014). El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? *The Lancet* el 16 de octubre, <<http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>>.
- HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C.; LLANO, R. & MOSSIALOS, E. (2013). Paying for integrated care: an overview. *Eurohealth incorporating Euro Observer*, Vol. 1, N° 2, 3-7, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0019/191008/EuroHealth-v19-n2.pdf>.
- HERRICK, D.; GORMAN, L. & GOODMAN, J. (2010). Health Information Technology: Benefits and Problems. *National Center*

- For Policy Analysis Policy Report* N° 327, <<http://www.ncpa.org/pdfs/st327.pdf>>.
- HIBBARD, J.; GREENE, J. & OVERTON, V. (2012). Patients With Lower Activation Associated With Higher Costs; Delivery Systems Should Know Their Patients' 'Scores'. *Health Affairs*, 216-222, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381513>>.
- HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED "EL CRUCE" DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER (2015). Fortalecimiento de la coordinación de la red de hospitales de la región sudeste del conurbano de la provincia de Buenos Aires que referencia en el Hospital El Cruce. Consejo Federal de Inversiones. Informe Final.
- HOVENGA, E. (2013). National Healthcare Systems and the Need for Health Information Governance. En: Hovenga, E. & Grain, H., Health information governance in a digital environment. IOS press, <<http://libgen.io/ads.php?md5=96956F90A9443926E7BAA95C7AB15F5F>>.
- HUNTER, D. & REDDY, S. (2013). Noncommunicable Diseases. The New England journal of medicine, <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1109345>>.
- IAKOVIDIS, I.; WILSON, P. & HEALY, J. (2004). Introduction: How We Got Here. In I. Iakovidis, P. Wilson & J. Healy, E-Health. IOS Press.
- IMS HEALTH (2016). Mercado regional: perspectivas y desafíos en un entorno complejo. *Tratto da IMS Health*, febrero 10, <http://noticias.imshealth.com/article.php?q=12&a=1514#.WLMgWDs1_IU>.
- INEŠTAL, A. & OTEO, L. (2011). La industria farmacéutica y la sostenibilidad de los sistemas de salud en países desarrollados y América Latina. *Ciênc. saúde coletiva*, Vol. 16, N° 6, Rio de Janeiro, June, 2713-2745.
- INIGUEZ, A. & NARODOWSKI, P. (2007). La G de la ecuación macroeconómica. El Estado y las finanzas a través de las teorías y los años. En: De Santis, G.; Naclerio, A. y Narodowski, P., "Teoría y Política Macroeconómica. Aplicaciones a la Economía Argentina". Editorial Universidad de La Plata.
- INSTITUTE OF MEDICINE (1999). Measuring the Quality of Health Care. A Statement by The National Roundtable on Health Care Quality. Division of Health Care Services Molla S. Donaldson, Editor, Washington D.C., <<https://www.nap.edu/read/6418/chapter/2>>.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2001). Race, ethnicity and Language data Standardization for Health. Care Quality Improvement. Subcommittee on Standardized Collection of Race/Ethnicity Data. The Nationals academies press. Washington.
- JACOBS, R. & GODDARD, M. (2000). Social Health Insurance Systems in European Countries. The Role of the Insurer in the Health Care System: A Comparative Study of Four European Countries. Centre for Health Economics. University of York, <<https://www.york.ac.uk/che/pdf/op39.pdf>>.
- JACOBZONE, S. (1999). An overview of international perspectives in the field of ageing and care for frail elderly persons. *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, N° 38, OECD, Paris, <www.eurohex.eu/bibliography/pdf/1179015500/Jacobzone_1999_OECD.pdf>.
- JAKUBOWSKI, E. (1998). Health care systems in the EU. European Parliament, Public Health and Consumer Protection Series. Luxemburg, <[www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/1998/167403/DG-4-JOIN_ET\(1998\)167403_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/1998/167403/DG-4-JOIN_ET(1998)167403_EN.pdf)>.
- JAKUBOWSKI, E. & SALTMAN, R. (2013). The Changing National Role in Health System Governance, Observatorio Europeo. WHO, <http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/dis_yayinlar/the-changing-national-role-in-health-system-governance.pdf>.
- JANSSEN, R. (2013). Investing in European health R&D. A pathway to sustained innovation and stronger economies, <<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2141477.pdf>>.

- JHPN (2016). Health Expenditures. Tratto da Health and Global Policy Institute, <<http://japanhpn.org/en/finan1/>>.
- JIMENEZ MARROQUIN, M.C. (2011). eHealth Policy in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Content Analysis of National Policies. Toronto: University of Toronto.
- JOUMARD, I.; ANDRÉ, C. & NICQ, C. (2010). Health care systems: efficiency and institutions. WHO, <[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=eco/wkp\(2010\)25&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=eco/wkp(2010)25&doclanguage=en)>.
- JOVELL, A.J. (2001). El Futuro de la Profesión Médica, Madrid: Fundació Biblioteca Josep Laporte, <<http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121543.pdf>>.
- JULKOWSKA, D. (2016). Developing collaboration with EU Life Science Infrastructures within ERA-NET scheme, <https://ec.europa.eu/research/health/pdf/infoday_2016/6_eu_life_science_e-rare.pdf#view=fit&pagemode=none>.
- KABA, R. Y SOORIAKUMARAN, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship, *International Journal of Surgery* 5, 57e65.
- KANAVOS, P.; NICOD, E.; AARDWEG, S. & POMEDLI, S. (2010). The Impact of Health Technology Assessments: An International Comparison. *Euro Observer*. Vol. 12, N° 4, 1-20.
- KANN, L.; TELLJOHANN, S.; HUNT, H.; HUNT, P. & HALLER, E. (2013). Health Education en Results from the School Health Policies and Practices Study 2012, U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/shpps/pdf/shpps-results_2012.pdf>.
- KLEIN, D.; LAUGENSEN, M. & LIU, N. (2013). The Patient-Centered Medical Home: A Future Standard for American Healthcare? *Public Administration Review*, <http://www.columbia.edu/~n2320/doc/Patient_Centered_Medical_Home_Final%20online.pdf>.
- KORTA MURUA, J.; VALVERDE MOLINA; PRAENA CRESPO, M.; FIGUEROA MULET, J.; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ-OLIVA, C.R. & RUEDA, E. (2007). La educación terapéutica en el asma. *An Pediatr* (Barc); 66: 496-551.
- KOTAGAL, U. (2013). Patient- and Family-Centered Rounds at Cincinnati Children's Hospital. En: Chu, B. & O'Brien, J.G., *Engaging Health Care Users: A Framework for Healthy Individuals and Communities*, 33-35, American Hospital Association. <http://www.aha.org/research/cor/content/engaging_health_care_users.pdf>.
- KOTTOW, M. (2007). El medico y la investigación clínica. *Revista Bioética*, Vol. 15, N° 2, 218-28.
- KOTTOW, M. (2012). La falacia terapéutica. *Revista Bioética*, Vol. 20, N° 2.
- KNOWLES, J.; LEIGHTON, C. Y STINSON, W. (1997). Indicadores de medición del desempeño de los sistemas de salud, <<https://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00068.pdf>>.
- KRUSE, C.; BOLTON, K. & FRERIKS, G. (2015). The Effect of Patient Portals on Quality Outcomes and its Implications to Meaningful Use: A Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 17(2). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25669240>>.
- LAMATA COTANDA, F. (2017). Atención Primaria en España: Logros y Desafíos. *Rev. Clin. Med. Fam.*, Vol. 10, N° 3, Albacete, oct.
- LATTER, S. & COURTENAY, M. (2004). Effectiveness of Nurse Prescribing: A Review of the Literature. *Journal of Clinical Nursing* 13, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687290>>.
- LAURELL, A.E.C. (2016). Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24, e2668, <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/112186/110177>>.
- LASH, S. Y URRY, J. (1994). Economías de signos y espacio, Buenos Aires, Amorrortu.
- LAVARELLO, P.; GUTMAN, G.; SZTLWARK, S. (2018). Crisis y recomposición de la industria biofarmacéutica mundial: ¿existen espacios estructurales para los países en

- desarrollo. En: Lavarello, P.; Gutman, G.; Sztulwark, S. (coords.), *Explorando el camino de la Imitación creativa: la industria biofarmacéutica argentina en los 2000*. PuntoLibro, Buenos Aires.
- LAVIGNE (2012). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Paraguay, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4026/1/S2012908_es.pdf>
- LEBIODA, A.; GASCHE, D.; DIPPEL, F.-W.; THEOBALD, K. & PLANTÖR, S. (2014). Relevance of Indirect Comparisons in the German Early Benefit Assessment and in Comparison to HTA Processes in England, France and Scotland. *Health Economics Review*, Vol. 4, N° 31, 1-14.
- LEGIDO-QUIGLEY, H.; MCKEE, M.; NOLTE, E. & GLINOS, I. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Unión. *Observatory Studies Series* N° 12. WHO. Copenhagen, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf>.
- LICHTENBERG, F. (2012). Pharmaceutical Innovation and Longevity Growth in 30 Developing and High-income Countries, 2000-2009. National Bureau of Economic research. <<http://www.nber.org/papers/w18235>>.
- LIFSHTZ, A. (2013). La importancia del diálogo entre la práctica clínica y la investigación científica. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2013; 51, Supl., S4-S5.
- LOMBARTS, M.; RUPP, I.; VALLEJO, P.; SUÑOL, R. & KLAZINGA, N. (2009). Application of Quality Improvement Strategies in 389 European Hospitals: Results of the MARQuIS Project. *Qual. Saf. Health Care*, Feb, 18 (Suppl_1), <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269892/>>.
- LONDOÑO & FRENK (1997). Pluralismo estructurado. Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe, Documento de Trabajo 353, NY, <<https://publications.iadb.org/handle/11319/6127>>.
- LOEWY, M. (2018). Con planes, tropiezos y aprendizajes, la digitalización de los centros de salud avanza en Argentina. 15/06 <www.ehealthreporter.com/es/noticia/con-planes-tropiezos-y-aprendizajes-la-digitalizacion-de-los-centros-de-salud-avanza-en-argentina/>.
- LUNDVALL, B. (1992). National Systems of Innovation. Introduction: Towards a Theory of Innovation and Interactive Learning, Londres y Nueva York, Pinter.
- MABXIENCE (2018). Genérico, biológico y biosimilar: quién es quién, <www.mabxience.com/es/productos/biosimilares/genericos-biologicos-biosimilares-quien-quien/>.
- MACEIRA (2002). Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. Cedes, Buenos Aires, <<http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2002/SSPP200207.pdf>>.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. (2003). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, *Health Serv Res.* Jun; Vol. 38, N° 3, 831-865, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/#b66>>.
- MACINKO, J. & HARRIS, M. (2015). Brazil's Family Health Strategy. Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Medical Journal*, 2177-2181, <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>>.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B. & SHI, L. (2007). Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *International Journal of Health Services*, Vol. 37, N° 1, 111-126, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17436988>>.
- MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. (2011). Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud Diagnóstico, herramientas e intervenciones, <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5759/Nota_

- Conceptual_Seminario_Enfermedades_Cronicas_SSA.pdf?sequence=3>.
- MCKEE, M. & HEALY, J. (2002). The Evolution of Hospital System . En: Mckee, M. & Healy, J., *Hospitals in a Changing Europe*, 14-36, WHO, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98401/E74486.pdf>.
- MAY, E.; SHAND, D.; MACKAY, K.; ROJAS, F. & SAAVEDRA, J. (2006). Hacia la institucionalización de los sistemas de monitoreo y Evaluación en América Latina y el Caribe. Banco Mundial, Lima, <www.documentos.bancomundial.org/curated/es/905381468278118654/pdf/362230SPANISH010monitoring01PUBLIC1.pdf>.
- MACKENBACH, J. & MCKEE, M. (2013). Successes and Failures of Health Policy in Europef, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/215989/Successes-and-Failures-of-Health-Policy-in-Europe.pdf>.
- MCLEOD, H. (2015). Local Health Integration Networks: Build on their purpose. *Healthcare Management Forum*, 242-246, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26415714>>.
- MADOERY, O. (2001). El Proyecto Político Local como alternativa de Desarrollo. *Revista Política y Gestión*, Vol. 2, Ed. Homo Sapiens, <www.cedet.edu.ar/Archivos/Bibliotecas/84Madoery_Oscar_Proyecto_Politico_Local.pdf>.
- MANDRY, T. & KITANOVIC, J. (2011). The Pharmaceutical Industry in Germany. Industry Overview. Berlin: Germany Trade & Invest., <<https://www.vfa.de/.../the-pharmaceutical-industry-in-germany.pdf>>.
- MANIGOT, D. (2012). La relación médico-paciente en su contexto. *Boletín del Consejo Médico de Ética de la Medicina*, Vol. 9, N° 2, <www.ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeam/articulo/view/2067>.
- MARIN, C. (2016). Médicos y enfermeros en pie de guerra por la receta de medicamentos. *El mundo*, 15 de febrero, <<http://www.elmundo.es/salud/2016/02/15/56bdc161e2704ec32b8b4657.html>>.
- MARQUI, D.; JAHN, A.; REÑA, D.; COLOMÉ, I.; DA ROSA, N. & ZANON, T. (2010). Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 956-961, <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n4/14.pdf>>.
- MARTÍNEZ CASTUERA-GÓMEZ, C. & TALAVERA, J. (2013). Práctica médica e investigación clínica: claves para generar conocimiento y mejorar la atención. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 51(Supl.), S6-S9.
- MASSERIA, C.; IRWIN, R.; THOMSON, S.; GEMMILL, M. & MOSSIALOS, E. (2009). Primary Care in Europe. Bruselas, European Comission, <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/06/RN2009_Primary-care.pdf>.
- MAUSKOPE, J.; CHIRILA, C.; MASAQUE, C.; BOYE, K.; BOWMAN, L.; BIRT, J. & GRAINGER, D. (2013). Relationship Between Financial Impact and Coverage of Drugs in Australia. *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care*, Vol. 29, N° 1, 92-100.
- MAYNOU, L.; SAEZ, M. Y BACARIA, J. (2013). Análisis de convergencia de las regiones de la zona euro (1990-2010), *Ekonomiaz* N° 82, 1er cuatrimestre, <www.dugi-doc.udg.edu:8080/bitstream/handle/10256/8787/Analisis-convergencia-regiones.pdf?sequence=1>.
- MAZOR, K.; GAGLIO, B.; NEKHLUDOV, L.; ALEXANDER, G.; HORN BROOK, A.S.; BLOSKY, M.A. (2016). Assessing Patient-Centered Communication in Cancer Care: Stakeholder Perspectives. *Journal of Oncology Practice*, <<http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JOP.2012.000772>>.
- MCCARTHY, M. (2011). European health research and globalisation: is the public-private balance right? *Globalization and Health*, <<http://download.springer.com/static/pdf/727/art%253A10.1186%252F1744-8603-7-5.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fglobalizationandhealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1744-8603-7-5&token2=exp=1482950257~acl>>

- =%2Fstatic%2Fpdf%2F727%2Fart%25253A10.1186%25252>.
- MEDINA, A. & NARODOWSKI, P. (2015). Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Imago Mundi.
- MEDINA, A. & NARODOWSKI, P. (2019). Escalas, territorio y construcciones relacionales, implícitas en los debates y el diseño efectivo de las políticas públicas de la posguerra y actuales, en el centro y en la periferia. El caso de las políticas de salud. *Revista científica Ciencia & Trópicos*, Brasil (en proceso de referato).
- MERINO, G.E. & Narodowski, P. (2015). La agudización de las tensiones globales. Análisis de la crisis del orden unipolar y los conflictos geoestratégicos desde una perspectiva centro-periferia, en *Estudios Socioterritoriales*, N° 18 (julio-diciembre), Centro de Investigaciones Geográficas, UNCPBA, 81-99, <<http://www.scielo.org.ar/pdf/esso/v18/v18a06.pdf>>.
- MESA LAGO, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Documentos de Proyectos, Cepal, Santiago de Chile, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/1/S2005077_es.pdf>.
- MESA LAGO, C. (2009). Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas. *Serie de Políticas Sociales* N° 159, Cepal, Santiago de Chile, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6156/1/S0900631_es.pdf>.
- METERKO, M.; WRIGHT, S.; LIN, H.; LOWY, E. & CLEARY, P. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 1188-1204, <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2010.01138.x/abstract;jsessionid=F666B6F5217434391FA0602F7F886A78.f02t02>>.
- MILLER, H. (2014). Fair and Effective Ways to Analyze the Drivers of Healthcare Costs and Transition to Value-Based Payment. Pittsburgh: Center for health quality & payment reform, <<http://www.chqpr.org/downloads/AccountabilityforHealthcareSpending.pdf>>.
- MILŠTEIN, R. & SCHREYOEGER, J. (2016). Pay for Performance in the Inpatient Sector: A Review of 34 P4P Programs in 14 OECD Countries. *Health Policy*, <[http://www.healthpolicyjml.com/article/S0168-8510\(16\)30214-7/pdf](http://www.healthpolicyjml.com/article/S0168-8510(16)30214-7/pdf)>.
- MINCYT (2013). Plan Argentina Innovadora 2020, Buenos Aires, <www.argentinainnovadora2020.mincyt.gov.ar/?page_id=196>.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2017). Informe de medición y monitoreo, <www.msal.gov.ar/observatorio/imagenes/stories/documentos_red_federal/observatorios-provinciales/Pcia_BsAs/Informe_Recursos_Humanos_en_Salud_Provincia_de_Buenos_Aires.pdf>.
- MIRANDA (1994). Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6220/1/S9400006_es.pdf>.
- MITCHELL, P. y otros (2012). Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care. Institute of Medicine, <<https://www.nationalahecc.org/pdfs/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf>>.
- MLADOVSKY, P.; SRIVASTAVA, D.; CYLUS, J.; KARANIKOLOS, M.; EVETOVITS, T.; THOMSON, S. Y MCKEE, M. (2012). Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, WHO, Washington, <www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf>.
- MOLINA DE SALAZAR, D. & GIRALDO, G. (2012). Impacto de la investigación clínica en el desarrollo de un país. *Acta Med. Colomb.* Vol. 37, N° 4, 215-219.
- MOLINA RAMÍREZ, N. (2014). ¿Qué es la bioética y para qué sirve? Un intento de pedagogía callejera. *Revista Colombiana de*

- Bioética*, 110-117, <<http://www.redalyc.org/pdf/1892/189222558007.pdf>>.
- MONTECINOS, J. & BERRIOS, A. (2015). Bioequivalencia en Chile: Análisis y recomendaciones. Santiago de Chile: ONG Políticas Farmacéuticas, <<http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/ONG-POL%C3%8DTICAS-FARMAC%C3%89UTICAS-ESTUDIO-BIOEQ-ENERO-2014-vfinal-se.pdf>>.
- MONTEKIO, V.; MEDINA, G. & AQUINO, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud pública Méx.*, Vol. 53, <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>>.
- MOORHEAD, A.; HAZLETT, D.; HARRISON, L.; CARROLL, J.; IRWIN, A. & HOVING, C. (2013). A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 15, N° 4, e85, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23615206>>.
- MORALES-ASENCIO, J. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres, *Enferm. Clín.*, Vol. 24, N° 1, 23-34.
- MORENO, L.; DEL PINO, E.; MARÍ-KLOSE, P. & MORENO-FUENTES, F. (2014). Los sistemas de bienestar europeos tras la crisis económica. *Eurosociología Colección estudios* N° 3, Madrid, <www.sia.eurosociologia.eu/files/docs/1400662339-E3.pdf>.
- MORGAN-TRIMMER, S.J. (2014). Policy is political; our ideas about knowledge translation must be too. *Epidemiol Community Health* November, Vol. 68, N° 11, <www.citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1000.5222&rep=rep1&type=pdf>.
- MOSSIALOS, E.; WENZL, M.; OSBORN, R. & ANDERSON, C. (2015). International Profiles of Health Care Systems, <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf>.
- MRAZEK, M. (2002). Comparative Approaches to Pharmaceutical Price Regulation in the European Union. *CMJ*, <<http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2002/43/4/12187524.pdf>>.
- MSSSI (2015). Programas de Acción en el Área de la Salud de la Unión Europea, <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/ProgramaSalud_Unión Europea.pdf>.
- NARODOWSKI, P. (2007). La Argentina Pasiva. Desarrollo, subjetividad, instituciones, más allá de la modernidad. El desarrollo visto desde el margen de una periferia, de un país dependiente? Buenos Aires, Prometeo.
- NARODOWSKI, P. & REMES LENICOV, M. (2012). Geografía Económica Mundial (GEM). Un enfoque centro periferia. Moreno: Universidad Nacional de Moreno.
- NARODOWSKI, P. & REMES LENICOV, M. (2014). Geografía Económica Mundial (GEM). Las cadenas globales de valor. Moreno: Universidad Nacional de Moreno.
- NARODOWSKI, P. (2018). Sistemas de salud comparados. Informe de Investigación (Mimeo).
- NELSON, G.; KING, M. & BRODINE, S. (2008). Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units. *MEDSURG Nursing*, February, 35-41, <https://www.amsn.org/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSNJ_Nelson_17_01.pdf>.
- NEUS PADILLA, M.; ROS DEL HOYO, M.; RAVENTÓS CAÑANY, A.; ESCRIBANO RUEDA, V.; LUENGO CASCUDO, C.; FABRELLAS PADRÉS, M. & MARTÍ AGUASCA, M.L. (2011). Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardiaca. *Metas de Enferm.*, abr., Vol. 14, N° 3.
- NEWBOLD, B. & CAMPOS, S. (2011). Media and Social Media in Public Health Messages: A Systematic Review. Hamilton, <<http://www.mcmaster.ca/mihe/documents/publications/Social%20Media%20Report.pdf>>: McMaster Institute of Environment & Health>.
- NEWHOUSE, R.; STANIK-HUTT, J.; WHITE, K.; JOHANTGEN, M.; BASS, E.; ZANGARO, G.; WILSON, R.; FOUNTAIN, L.; STEINWACHS, D.; HEINDEL, L. & WEINER, J. (2011). Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A

- Systematic Review. *Cne Series, Nursing Economic*, September-October, Vol. 29, N° 5.
- NHFP (2014). Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Surveys: Assessing Patient Experience. Washington, DC: National Health Policy Forum, <https://www.nhpf.org/library/the-basics/Basics_CAHPS_12-18-14.pdf>.
- NHS COMMISSIONING BOARD (2012a). The Way Forward: Strategic Clinical Networks. London: *NHS Commissioning Board*. <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/07/way-forward-scen.pdf>>.
- NHS COMMISSIONING BOARD (2012b). Clinical Networks: Frequently asked Questions. Londres: *NHS Commissioning Board*, <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/10/cn-faq.pdf>>.
- NOLTE, E. & PITCHFORTH, E. (2014). What is the Evidence on the Economic Impacts of Integrated Care? World Health Organization, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf>.
- UCA_OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL (2018). Barómetro de la deuda social Argentina. Informe de Avance 2018, <www.wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/ObservatorioDeudaSocial/Presentaciones2018/2018-2018-Observatorio-Informe-POBREZA-MONETARIA-EDSA-ODSA-2010-2018.pdf>.
- OBSERVATORIO FEDERAL RRHH EN SALUD (2016). Informe sobre Enfermería. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación. Argentina.
- OCAMPO-RODRIGUEZ, M. y otros (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Vol. 12, N° 24, 114-129, Bogotá (Colombia), <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>>.
- OCDE-CEPAL-CIAT (2012). Estadísticas tributarias de América Latina. OCDE Publishing, <www.oecd.org/tax/tax-global/ConsolidatedLACcountrynotes.pdf>.
- OCDE (2012). México. Mejores políticas para un desarrollo incluyente. Serie Mejores Políticas disponible, <<https://www.oecd.org/mexico/Mexico%202012%20FINALES%20SEP%20eBook.pdf>>.
- OCDE (2013). Highlights from a Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. OECD Publishing, <<https://www.oecd.org/els/health-systems/UnitedKingdom-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>>.
- OCDE (2013a). Remuneración of Doctors and Nurses. Progress and Persisting Issues. Joint Session of Health Data Correspondents and Health Accounts. October, <www.oecd.org/els/health-systems/Item6_Remuneration-of-doctors-and-nurses_Durand.pdf>.
- OCDE (2013b). Economic Surveys China, March, <www.oecd.org/eco/surveys/OverviewChina2013-Engmodified.pdf>.
- OCDE (2017). Panorama de la salud 2017, Paris, <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-2017_9789264306035-es#page40>.
- OMPI (2017). China se encuentra a la cabeza en el número de solicitudes de patente, de registro de marcas y de dibujos y modelos industriales en 2016, Comunicado de prensa, Ginebra, 6 de diciembre, <www.wipo.int/pressroom/es/articles/2017/article_0013.html>.
- OMOTOSHO, A. & EMUOYIBOFARHE, J. (2014). A Criticism of the Current Security, Privacy and Accountability Issues in Electronic Health Records. *International Journal of Applied Information Systems*, <<https://arxiv.org/abs/1501.07865>>.
- OPS (1988). Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Documento CD33/14. Resolución XV. XXXIII del comité Directivo, Washington, D.C., 30 de septiembre, <www.iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6790/25049.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- OPS (1998). Transformaciones del sector salud en la Argentina estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997, <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub48.pdf>.
- OPS (2003). Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe, <http://www.paho.org/PAHO-USAID/documents/extension/ESLAC_esp.pdf>.
- OPS (2006). Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas, *Lineamientos metodológicos. Edición especial*, N° 9. Washington.
- OPS (2007). Agenda de salud para las Américas. Panamá, <www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf>.
- OPS (2007a). Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe. Un consenso estratégico interinstitucional. Washington, <www.iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49288>.
- OPS (2008). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, <www.new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf>.
- OPS (2009). Salud en Sudamérica 2008. Santiago de Chile, <http://www.paho.org/chi/images/pds/salud_en_sudamerica_2008.pdf?ua=1>.
- OPS (2009a). El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Washington D.C., OPS. *Serie Técnica* N° 1. Medicamentos esenciales, acceso, e innovación.
- OPS (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=docview&gid=145&Itemid=250>.
- OPS (2011). Estrategia y plan de acción sobre salud, 51° Consejo Directivo 63ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-13-s.pdf>>.
- OPS (2012). Salud en Sudamérica. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington, <[http://www.paho.org/chi/images/pdfs/salud%20en%20sam%202012%20\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/pdfs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf)>.
- OPS (2013). La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012, <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub69.pdf>.
- OPS (2014). Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de la Salud, <<http://190.104.117.163/2014/septiembre/covertura/contenido/ponencias/Reynaldo%20Holder/Sistemas%20de%20salud.pdf>>.
- OPS (2015). 54° Consejo Directivo. 67ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Organización Panamericana de la Salud : Washington, D.C.
- OPS (2016) Minsal refuerza redes asistenciales con instrumentos de OPS/OMS que mejora la gestión y atención usuaria. Obtenido de OPS, 08 de junio, <http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=749:minsal-refuerza-redes-asistenciales-con-instrumento-de-opsoms-que-mejora-gestion-y-atencion-usuaria&Itemid=1005>.
- OPS (2016a). Advanced Practice Nursing Summit 2016, Michigan, Estados Unidos, 7-9 de abril.
- PARIS, V. & BELLONI, A. (2013). Value in pharmaceutical pricing. Paris: *OECD Health Working Paper* N° 63, <[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2013\)4&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2013)4&docLanguage=En)>.
- ORTIZ, R. (1996). Otros territorios. Ensayos sobre el mundo contemporáneo, Buenos Aires, Red de editoriales de universidades nacionales, Universidad Nacional de Quilmes.

- PAGANINI, J.M. & CAPOTE MIR, R. (1990). Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: xvi, 742. *Publicación Científica* N° 519.
- PAGANINI, J.M. & CHOZNY, A. (1990). Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa. *Boletín Oficial Panamericano* 109, 5-6, Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo de los Sistemas de Salud, Washington D.C., <[www.hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v109n\(5-6\)p424.pdf](http://www.hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v109n(5-6)p424.pdf)>.
- PARIS, V. & BELLONI, A. (2014). Value in pharmaceutical pricing. Country profile: Canadá. *Oecd Health Working Papers*, <<https://www.oecd.org/health/Value-in-Pharmaceutical-Pricing-Canada.pdf>>.
- PEARSE, J. (2005). Review of Patient Satisfaction and Experience Surveys Conducted for Public Hospitals in Australia. A Research Paper for the Steering Committee for the Review of Government Service Provision, <<https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/03/Review-of-Hospital-Patient-Experience-Surveys-conducted-by-Australian-Hospitals-30-March-2012-FINAL>>.
- PEREYRA, F. & MICHA, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud colectiva*, Vol. 12, N° 2, Universidad Nacional de Lanús, <<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n2/221-238/es>>.
- PEZOA, M. (2013). Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Informe global. Santiago de Chile: Departamento de Estudios y Desarrollo. MInsal, <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-9005_recurso_1.pdf>.
- PHILLIPS, C. (2015). Enfermería, el modelo asistencial, gestión de casos. *RUE*, Vol. 10, N° 2.
- PNUD (2011). El sistema de salud argentino, <www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/pnud_ops_cepal.pdf?ua=1>.
- POOCHIKIAN-SARKISSIAN, S.; SIDANI, S.; FERGUSON, M. & DIRAN, D. (2010). Examining the Relationship between Patient-Centred Care and Outcomes Can, *J. Neurosci. Nurs.* Vol. 32, N° 4, 14-21.
- PRICE, D.; BAKER, E.; GOLDEN, B. & HANNAM, R. (2015). Patient Care Groups: A new model of population based primary health care for Ontario. A report on behalf of the Primary Health Care Expert Advisory Committee. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, <https://www.oma.org/wp-content/uploads/primary_care_price_report.pdf>.
- PRONOVOŠT, P. & JHA, A. (2014). Did Hospital Engagement Networks Actually Improve Care? *N. Engl. J. Med.*, 691-693, <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1405800>>.
- PROTTI, D. (2008). e-Health in Canada: Lessons for European health systems. *Eurohealth* Vol. 14, N° 3, 30-36, <<http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol14No3/Protti.pdf>>.
- PUENTE, H.; GARCÍA, E. & LINARES, M. (2016). European e-patient Report 2015, Madrid, *People WHO Global*, <https://www.peoplewhoglobal.com/system/PWG_Preview_European_e-patient_Report_2015.pdf>.
- PUJOL GEBELLÍ (2011). Los futuros de la investigación traslacional 24/5, Fundación para el conocimiento Madri+d, <www.madrimasd.org/canales/salud-biomedicina/tendencias/los-futuros-de-la-investigacion-traslacional>.
- QUIROGA-PARRA, D.; TORRENT-SELLENS, J. & MURCIA ZORRILLA, C. (2017). Usos de las TIC en América Latina: una caracterización Ingenua. *Rev. chil. ing.* Vol. 25, N° 2, Arica, jun., <<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052017000200289>>.
- RANDO HULUK, A. (2016). Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? *Rev. Méd. Urug.* Vol. 32, N° 1, Montevideo, abr.,

- <www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008>.
- RECHEL, B. y otros (2016). Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. *Health Policy*, 377-383, <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300264>>.
- RECODER, M.L. (2011). Médicos, pacientes y consultorios. Un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH/Sida. *Runa*, Vol. 32, N° 1, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ene./jun., <www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96282011000100004>.
- REPETTO & POTENZA DAL MASETTO (2003). Problemáticas institucionales de la política social Argentina: más allá de la descentralización. VIII° Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 28-31 oct., <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0047516.pdf>>.
- REPETO & POTENZA DAL MAZETTO (2012). Sistema de protección social en América Latina y el Caribe. Cepal, Documento de Proyecto, Santiago de Chile, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4028/1/S2012966_es.pdf>.
- REQUENA, M.; SUÁREZ, M. & PÉREZ, Ó. (2013). Encuestas de salud en España: situación actual. *Rev. Esp. Salud Pública*, 549-573, <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000600002>.
- RICHARDSON, D. & PATANA, P. (2012). Integrating service delivery: why, for WHO, and how? OECD, <https://www.oecd.org/els/soc/Richardson_Patana%20INTEGRATING%20SERVICE%20DELIVERY%20WHY%20FOR%20WHO%20AND%20HOW.pdf>.
- RIDIC, G.; GLEASON, S. & RIDIC, O. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Mat Soc Med. Jun*; Vol. 24, N° 2, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633404/pdf/MSM-24-112.pdf>>.
- RÍO, I.; CASTELLÓ, A.; JANÉ, M.; PRATS, R.; BARONA, C.; MÁS, R.; REBAGLIATO, M.; ZURRIAGA, O. & BOLÚMAR, F. (2010). Calidad de los datos utilizados para el cálculo de indicadores de salud reproductiva y perinatal en población autóctona e inmigrante. *Gac. Sanit.* Vol. 24, N° 2, Barcelona, mar./abr., <www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200014>.
- ROBINSON, J. (2005). Managed Consumerism In Health Care. *Health Affairs* Vol. 24, N° 6, 1478-1489, <<http://content.healthaffairs.org/content/24/6/1478.full.pdf+html>>.
- ROBINSON, M. y otros (2014). Mass Media Health Communication Campaigns Combined with Health-Related Product Distribution. A Community Guide Systematic Review. *American Journal of Prevent Medicine*, Vol. 47, N° 3, 360-371, <<https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/publications/healthcomm-AJPM-evrev-campaigns.pdf>>.
- RODRÍGUEZ HERRERA (2006). Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. Cepal, *Serie Financiamiento del Desarrollo* N° 171, Santiago de Chile, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5144/1/S0600274_es.pdf>.
- RODRÍGUEZ, J.; DACKIEWICZ, N. & TOER, D. (2014). La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Archivo argentino de pediatría*, Vol. 112, N° 1, Buenos Aires, febrero, <<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a10.pdf>>.
- RODRÍGUEZ, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal Mayores*, N° 106, Madrid, <<http://telefonodelaesperanza.org/imgs/1970.pdf>>.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, R. (2017). Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. *Rev Univ. Ind. Santander Salud*, Vol. 48, N° 3, <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343855203009/html/index.html>>.
- ROLAND, M. (2015). The Future of Primary Care. Creating Teams for Tomorrow. Londres, *Health Education England*, <<https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/>>

- documents/WES_The-future-of-primary-care.pdf>.
- ROLAND, M. & COLIN THOMÉ, D. (2012). Primary Medical Care in the United Kingdom. *Journal of American Board Family Medicine*, Vol. 25, N° Sup. 1, 6-11, <http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S6.full>.
- ROSAS JIMÉNEZ, C.A. (2017). Medicina narrativa: el paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión. *Acta bioethica*, Vol. 23, N° 2, 351-359, <<https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200351>>.
- ROSS, A.; ZEBALLOS, J. & INFANTE, A. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, N° 1-2, 93-98. <<https://scielosp.org/article/rpsp/2000.v8n1-2/93-98/es/#>>.
- ROSER, M. & RITCHIE, H. (2018). “Cancer”. *OurWorldInData.org*. <<https://ourworldindata.org/cancer>>.
- ROSSER, W.; COLWILL, J.; KASPERSKI, J. & WILSON, L. (2010). Patient-Centered Medical Homes in Ontario. *The New England Journal of Medicine*, <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0911519>>.
- ROVERE, M. (1999). Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte. <<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-121.pdf>>.
- ROVERE, M. (2002). Gestión estratégica de las organizaciones de ciencia y tecnología en salud, Centro de estudios Estado y Sociedad, Seminario III, junio, <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/08/gestionorgsct_rovere2.pdf>.
- ROVERE, M. (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. Ministerio de Salud República, Argentina, <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Comun/Rovere.pdf>.
- ROVIRA FORNS, J. (2015). Precios de los medicamentos: cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control. *Salud colect.* Vol. 11, N° 1, Lanús, marzo, <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v11n1/v11n1a04.pdf>>.
- ROVIRAS, J.; GÓMEZ, P. & DEL LLANO, J. (2012). La regulación del precio de los medicamentos en base al valor. Madrid, Fundación Gaspar Casal.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING (2016). The Nursing Role in Integrated Care Models, <https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0009/581346/02.14_The_nursing_role_in_integrated_care_models_Reflecting_on_the_United_States_experience.pdf>.
- SADANA, R.; MUSHTAQUE, R.; CHOWDHURY, M. & PETRAKOVA, A. (2018). Strengthening Public Health Education and Training to Improve Global Health. *Boletín OMS*, Junio, <<https://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039321/en/>>.
- SCHIFF, G.D. & RUCKER, D. (1998). Computerized Prescribing. Building the Electronic Infrastructure for Better Medication Usage. *JAMA* 279: 1024-1029, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9533503>>.
- SCHOEN, C.; OSBORN, R.; DOTY, M.; SQUIRES, D.; PEUGH, J. & APPLEBAUM, S. (2009). A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, and Experiences. *Health Affairs*, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19884491>>.
- PETRACCI, M.; SCHWARZ, P. y RODRÍGUEZ ZOYA, P. (2017). La relación médico-paciente en la indagación académica contemporánea. En: Petracci, M.; Schwarz, P. y Rodríguez Zoya, P., Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía, Editorial Teseo.
- SCHWARZ, P. (2017). Mediaciones posmodernas: la atención online de la salud. En: Petracci, M.; Schwarz, P. y Rodríguez Zoya, P., Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía, Editorial Teseo.
- SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO (2002). *Salud Pública Méx.*, Vol. 44, N° 4, Cuernavaca, jul., <www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400011>.

- SEGURA VERA, M. (2015). Atención primaria en salud y TIC. Una mirada desde la perspectiva de Habermas. *Salus*, Vol. 19, 5-10, <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000400002>.
- SELBY, J.; BEA, A. & FRANK, L. (2012). The Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) National Priorities for Research and Initial Research Agenda. *JAMA*, <<http://garnerhealth.com/wp-content/uploads/2013/01/Selby.pdf>>.
- SELLES, T. (2016). Genéricos em Expansão. *Fórum Fette Compacting*, 7-9, <http://www.fette.com.br/revista_digitalhome.pdf>.
- SENGE, P.M. (2012). La quinta disciplina: El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Ediciones Granica, Buenos Aires.
- SHAW, C.; KALO, D.; ISUF (2002). A background for national quality policies in health systems, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, <<http://www.who.int/iris/handle/10665/107458>>.
- SHERGOLD, M. (2008). Health and Medical Research in the United States. Rand Corporation, <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/documented_briefings/2008/RAND_DB534.pdf>.
- SHORTELL, S. (2006). Integrated Health Systems: Promise And Performance. School of Public Health, University of California-Berkeley, <<https://www.hks.harvard.edu/m-rcbg/hcdp/readings/Integrated%20Health%20Systems%20-%20Promise%20and%20Performance.pdf>>.
- SHORTELL, S. y otros (1996). Remaking Health Care in America. San Francisco: Jossey-Bass, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8593505>>.
- SHORTELL, S.; ANDERSON, D.; GILLIES, R. & MORGAN, K. (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*, 20-26, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10124166>>.
- SICILIANI, L.; V. MORAN & BOROWITZ, M. (2013). Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries, *OECD Health Working Papers* N° 67, OECD Publishing, Paris, <<http://dx.doi.org/10.1787/5k3w9t84b2kf-en>>.
- SILVA-CARROLL, S.; EDWARDS, J. & RODIN, D. (2012). Using Electronic Health Records to Improve Quality and Efficiency: The Experiences of Leading Hospitals. The Commonwealth Fund, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22826903>>.
- SILVA, M. (2009). Política Nacional de Medicamentos en Brasil: una visión general. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública*, Vol. 26, N° 4, 544-48, <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n4/a17v26n4>>.
- SILVA PAIM, J. (2009). Medicina comunitaria: introducción a un análisis crítico. *Salud colectiva*, Vol. 5, N° 1, <www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100008&lng=es&nrm=iso>.
- SMITH, P. (2012). What is the Scope for Health System Efficiency Gains and how can they be Achieved? *Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 18, N° 3, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0017/174410/EuroHealth-v18-n3.pdf?ua=1>.
- SOJO, A. (2000). Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. *Cepal, Serie Políticas sociales* N° 39, Santiago, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5970/1/S0007589_es.pdf>.
- SOJO, A. (2001). Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la Cepal* N° 74, agosto, Santiago, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10757/1/074139157_es.pdf>.
- SOJO, A. (2006). La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. *Cepal Serie Estudios y perspectivas* N° 44, México D.F., <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4966/1/S060050_es.pdf>.
- SOJO, A. (2014). El sistema contributivo de pensiones como locus de rivalidad y de un nuevo pacto social en Chile. Santiago de Chile, Naciones Unidas, *Cepal, Serie*

- Políticas sociales* N° 39, Santiago, <<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/37138>>.
- SOLÍS, K. & GUEVARA, G. (2015). Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-18, <<http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n29/1409-4568-enfermeria-29-00015.pdf>>.
- SOROKIN, P. (2000). Relaciones intersubjetivas Médico-paciente: en defensa propia. *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic.*, 89-92, <<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5n1/art14.pdf>>.
- SOTO ÁLVAREZ, J. (2005). Valor terapéutico añadido de los medicamentos: ¿qué es, cómo se evalúa y cuál debería ser su papel en política farmacéutica? *Anales de Medicina Interna*, Vol. 22, N° 1, 39-42, Madrid, <www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000100010>.
- STARFIELD, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.
- STEZANO, F. (2018). Política industrial y tecnológica para el *catching-up* biotecnológico: enseñanzas de México. En: Lavarello, P.; Gutman, G.; Sztulwark, S. (coords.), *Explorando el camino de la Imitación creativa: la industria biofarmacéutica argentina en los 2000*. PuntoLibro, Buenos Aires.
- STOLKINER, A. y otros (2014). *Apresentacao. Saude debate*, Vol. 38, especial, 9-12, <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/RSD_AB_WEB_031114.pdf>.
- STOCKINS, P. (2010). Indicadores ODM de Salud: conciliación estadística e indicadores complementarios para América Latina y el Caribe. CEPAL, Reunión de Directores de Estadística Prácticas para mejorar la calidad de datos de mortalidad y armonización de indicadores del milenio 4 y 5 Lima, abril, <<https://docplayer.es/18731160-Indicadores-odm-de-salud-conciliacion-estadistica-e-indicadores-complementarios-para-america-latina-y-el-caribe.html>>.
- SUBIRATS, S. (2007). España como sistema multinivel de gobierno: Logros y frustraciones. Notas para un balance de 25 años. *Posidata* N° 12, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, <www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96012007000100002>.
- SUBIRATS (2012). Nuevos tiempos. ¿Nuevas políticas públicas? Explorando caminos de respuesta Conferencia pronunciada en el VII° Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Cartagena, Colombia, <www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cladxvii/subirats-conf.pdf>.
- SUTER, E.; OELKE, N.D.; ADAIR, C. & ARMITAGE, G. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly* Vol. 13, Special Issue, 17-25, <<http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf>>.
- TAFANI (1997). Reforma al Sector Salud en Argentina, <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5261/1/S9700141_es.pdf>.
- TALAVERA, J. (2013). Diseños de investigación. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 51 (Supl), 10-15.
- TAMAYO, M.; BESOÁIN-SALDAÑA, A.; AGUIRRE, M. & LEIVA, J. (2017). Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educación interprofesional. *Rev. Saude Publica*, Vol. 51, N° 39, <www.scielo.br/pdf/rsp/v51/es_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006816.pdf>.
- TELLO, J. & BAEZ-CAMARGO, C. (2015). Strengthening Health System Accountability: A Who European Region Multi-Country Study. Copenhagen: World Health Organization, <<http://apps.WHO.int/iris/bitstream/10665/170496/1/Strengthening-health-system-accountability-multi-country-study.pdf>>.
- TEÑA, M. (1993). *Enseñar Medicina*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- THOMSON, S. & MOSSIALOS, E. (2004). Private Health Insurance and Access to Health Care in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas, <http://www.pnhp.org/pdf_files/EuroObserver6_1.pdf>.

- THOMSON, S. & STABILE, M. (2014). The Changing Role of Government in Financing Health Care: An International Perspective, *Journal of Economic Literature*, Vol. 52, N° 2, June.
- THOMSON, S.; EVETOVITS, T. & KLUGE, H. (2016). Universal Health Coverage and the Economic Crisis in Europe. *Eurohealth*, Vol. 22, 18-36, Bruselas.
- TOBAR, F. (2008). Cambios de Paradigma en salud. Buenos Aires : XII° congreso del CLAD, <http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/Cambios.pdf>.
- TOBAR, F. (2011a). Análisis de la experiencia internacional de modelos técnicos de regulación de precios y reembolsos de medicamentos. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, <<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/INFORME%202%20-Federico%20Tobar.pdf>>.
- TOBAR, F. (2011b). Referencia internacional sobre políticas de regulación de precios de medicamentos. Bogotá D.F., Ministerio de Protección Social de la República de Colombia, <<https://www.minsalud.gov.co/Politicas%20Farmaceuticas/Pol%C3%AAdtica%20farmac%C3%A9utica/Documentos%20soporte/REFERENCIACION%20INTERNACIONAL%20PRECIOS%20TOBAR.pdf>>.
- TOBAR, F.; DRAKE, I. & MARTICH, E. (2012). Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. *Rev. Panam. Salud Pública*, 457-463.
- TOULIPAS, C. (2008). Obama y la situación sanitaria argentina. IEPS-CTA.
- UBIETO, J.R. (2007). Modelos de Trabajo en Red. *Revista Educación Social*, N° 36, España, <<https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/165566/372129>>.
- UBIETO, J.R. (2011). Jaques Lacan, un inclasificable. *La Revista del COPC*, N° 232, octubre-noviembre, <blog.elp.org.es/839/jacques-lacan-un-inclasificable-jose/>.
- UBIETO, J.R. (2015). Pasión por tener un síndrome. *La Vanguardia. Tendencias*, 2 de setiembre, <joseramonubiето.blogspot.com/2015/09/pasion-por-tener-un-sindrome.html>.
- UBIETO, J.R. (2018). ¿Todo el mundo es loco? *La vanguardia* 13 abril, <joseramonubiето.blogspot.com/2018/04/todo-el-mundo-es-loco.html>.
- UGALDE, A. & HOMEDES, N. (2011). Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio. *Salud colectiva* Vol. 7, N° 2, 135-145.
- VACCA, C.; ACOÑA, A. & RODRÍGUEZ, I. (2011). Precios de Referencia Internacional y Análisis de Costo Minimización para la Regulación de Precios de Medicamentos en Colombia. *Value in health* 14, s16-s19, <[http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)01450-1/pdf](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)01450-1/pdf)>.
- VALERI, L. y otros (2010). Business models for eHealth. Cambridge, UK: RAND Europe and Capgemini Consulting, <https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/files_epractice/sites/Business%20Models%20for%20eHealth%20-%20Study%20Report.pdf>.
- VAN DURME, T.; SCHMITZ, O.; CÈS, S.; ANTHIERENS, S.; MAGGI, P.; DELYE, S.; DE ALMEIDA MELLO, J.; DECLERCQ, A.; MACQ, J.; REMMEN, R. & AUJOUAT, I. (2015). A Comprehensive Grid to Evaluate Case Management's Expected Effectiveness for Community-Dwelling Frail Older People: Results from a Multiple, Embedded Case Study. *BMC Geriatric*, N° 67.
- VARABYOVA, Y. & SCHREYÖGG, J. (2013). International Comparisons of the Technical Efficiency of the Hospital Sector: Panel Data Analysis of OECD Countries using Parametric and Non-Parametric Approaches. *OECD Health policy*, <[http://www.healthpolicyjml.com/article/S0168-8510\(13\)00067-5/fulltext](http://www.healthpolicyjml.com/article/S0168-8510(13)00067-5/fulltext)>.
- VASALLO, C. (2010). El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica. Santiago de Chile, Minsal.

- VÁZQUEZ, L.; VARGASA, I.; NUÑO, R. & TORO, N. (2012). Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, Supl 1. Vol. 26, DOI: 1, 94-101, <<http://www.gacetasanitaria.org/es/organizaciones-sanitarias-integradas-otros-ejemplos/articulo/S0213911111003670/>>.
- VEGA ROMERO, R. & ACOÑA RAMÍREZ, N. (2014). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Rio de Janeiro, ISAGS, <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[191\]ling\[2\]anx\[565\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[191]ling[2]anx[565].pdf)>.
- VERA, F. (2014). Nuevo modelo del sistema de salud chileno: Considerando el sistema farmacéutico dentro de la atención de salud. Audiencia con la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, <<http://web.minsal.cl/sites/default/files/14.%20Colegio%20de%20quimicos,%20farmaceuticos%20y%20bioquimicos.pdf>>.
- VERGARA, M. & BISEMA, L. (2009). Autogestión hospitalaria en red I: Competencias esenciales para la gestión. *Rev Chil Salud Pública*, Vol. 13, N° 3, 163-168, <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001200013>.
- VILAÇA MENDES, E. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 15, N° 5, 2297-2305, <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>.
- VIBERGAB, N.; FORSBERGAC, B.; BOROWITZD, M. & MOLINE, R. (2013). International Comparisons of Waiting Times in Health Care. Limitations and Prospects, *Health Policy* Vol. 112, Issues 1-2, September, <<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>>.
- VILACA MENDES, E. (2013). Las redes de atención de Salud. Brasília: OPS, <<http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2013/05/LAS-REDES-DE-ATENCIO.pdf>>.
- VITOLO, F. (2012). Relación médico-enfermera. Esencial para la seguridad del paciente. Biblioteca virtual Noble, junio.
- WAMMES, J.; JEURISSEN, P. & WESTERT, G. (2016). The Dutch Health Care System, 2015. The Commonwealth Fund., <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf>.
- WANDEN-BERGHE, C.; SABUCEDO, L. & MARTÍNEZ DE VICTORIA, I. (2011). Investigación virtual en salud: las tecnologías de la información y la comunicación como factor revolucionador en el modo de hacer ciencia. *Salud colectiva*, Vol. 7, Supl. 1, 29-39, <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000300004>.
- WAZANA, A. (2000). Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? *JAMA*, 373-380, <<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192314>>.
- WEEKS, G.; GEORGE, J.; MACLURE, K. & STEWART, D. (2016). Non-medical Prescribing versus Medical Prescribing for Acute and Chronic Disease Management in Primary and Secondary Care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11.
- WHO (1985). Targets for Health for all, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf>.
- WHO (1999). Health 21. The Health for all, Policy Framework for the WHO European Region, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf>.
- WHO (2000). Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Informe de la Secretaría al Consejo Ejecutivo. 107º Reunión del 14 de diciembre, <https://www.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se9.pdf>.
- WHO (2000a). Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Anexo estadístico, <https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_es.pdf?ua=1>.
- WHO (2002). The CMH Report: its Relevance for Countries of the Latin America and Caribbean Region. Washington, D.C.,

- <<http://www.paho.org/English/DEC/PAHOdocLACrelevance.pdf>>.
- WHO (2002a). Quality of Care: Patient Safety, <http://apps.WHO.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf>.
- WHO (2003). Quality and Accreditation in Health Care Services. A Global Review. Geneva: World Health Organization, <http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf>.
- WHO (2003a). Segunda reunión consultiva sobre macroeconomía y salud. Aumento de las inversiones en resultados sanitarios para los pobres, 28-30 de octubre, <www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/declaration_spanish.pdf?ua=1>.
- WHO (2005). The Health for All policy framework for the WHO European Region, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf>.
- WHO (2006). Quality of Care. A Process for making Strategic Choices in Health Systems. WHO, <http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf?ua=1>.
- WHO (2006a). World Health Report 2006. Working Together for Health. Geneva: World Health Organization, <http://apps.WHO.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf>.
- WHO (2008). Primary Health Care. Now More Than Ever, <http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf>.
- WHO y ALIANZA PARA LA INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS DE SALUD (2009). Aplicación del pensamiento sistémico a la gestión de los servicios de salud. World Health Organization, Ginebra, <digicollection.org/hss/documents/s168setenta/s168setenta.pdf>.
- WHO (2010). Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth. World Health Organization, Ginebra, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402558/>>.
- WHO (2010b). Estadísticas y salud, <www.who.int/features/qa/73/es/>.
- WHO (2011). Atlas eHealth Country Profiles: Based on the Findings of the Second Global Survey on eHealth. World Health Organization, <http://apps.WHO.int/iris/bitstream/10665/44502/1/9789241564168_eng.pdf>.
- WHO (2012). Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos. Organización Mundial de la Salud, <http://apps.WHO.int/iris/bitstream/10665/44824/1/9789243501369_spa.pdf>.
- WHO (2015). World Health Statistics 2014, Ginebra, <www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part3.pdf?ua=1>.
- WILSON, A. (2015). United Kingdom. En: Kringos, D.; Boerma, W.; Hutchinson, A. & Saltman, R., Building Primary Care in a Changing Europe. Case Studies, 295-311. World Health Organization, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf>.
- WISSOW, L. (2004). Modelos de Comunicación en la Relación Médico-Paciente. Memoria 8º Simposio CONAMED, México D.F.
- YOUNG, R. (2013). Team Care Arrangements in Australia. *Eurohealth incorporating Euro Observer*. Vol. 19, N° 2, <http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0019/191008/EuroHealth-v19-n2.pdf>.
- ZHANG, W.; SUN, H.; GUH, D. & ANIS, A. (2016). The Impact of Price-Cap Regulations on Market Entry by Generic Pharmaceutical Firms. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. Apr; Vol. 17, N° 2, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27936981>>.
- ZOZAYA, N.; VILLORO, R.; HIDALGO, Á. & SARRIA, A. (2016). Criterios de financiación y reembolso de los medicamentos huérfanos. Madrid : Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Instituto de Salud Carlos III, <<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=17/06/2016-16c31d38eb>>.

