



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Spinelli, Hugo

Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud

Salud Colectiva, vol. 16, 2020

Universidad Nacional de Lanús

DOI: 10.18294/sc.2020.3360

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73162897050>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEN [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud

Constructing a new institutional hegemony in the health field

Hugo Spinelli¹

INTRODUCCIÓN

Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si estas son accesibles al pueblo

Ramón Carrillo⁽¹⁾

A partir de entender que los derechos sociales encuentran en el territorio su materialización y que su integralidad construye ciudadanía social⁽²⁾, proponemos la construcción de una nueva hegemonía institucional de configuración rizomática basada en los centros de salud, pensándolos como equipos de trabajadores con anclaje territorial y en relación directa con una red hospitalaria de complejidad creciente al servicio de estos centros de salud y no a la inversa. Esa institucionalidad se propone instalar prácticas humanizadas centradas en el paso de la atención al cuidado en cada territorio, respetando las singularidades e idiosincrasia de los habitantes y sus culturas^(3,4,5).

Esta propuesta trata de un problema muy complejo que, además de componentes sanitarios, incluye dimensiones político-económicas e ideológico-culturales, que exigen una construcción procesual por parte de diferentes actores (tanto del campo de la salud como de la sociedad en su conjunto). El texto no constituye un “deber ser”, sino que propone un conjunto de ideas que buscan desencadenar un proceso social que construya e incorpore actores con la fuerza necesaria para colocar en la agenda pública la necesidad de una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud. También reconoce la necesidad de complejizar estas ideas –que, por una cuestión de espacio, omite matices– y de enriquecerlas con otras voces, de manera que alcancen un carácter federal.

¹Doctor en Salud Colectiva. Director del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.



FUNDAMENTOS

Vamos a trabajar en este apartado la falta de jerarquización de los centros de salud al interior del campo de la salud y la crisis del hospital, en tanto institución hegemónica.

En relación con los centros de salud, existen referencias desde inicios del siglo XX a nivel internacional acerca de su necesidad e importancia científica. El Informe Dawson del Ministerio de Salud de Inglaterra del año 1920⁽⁶⁾ y el libro de George Rosen (1910-1977), que recupera la historia de los centros de salud en EEUU a principios de ese siglo⁽⁷⁾, son dos evidencias ineludibles. Claro que necesidad e importancia científica no implican obligatoriamente hegemonía política y cultural. Por ello, desde hace décadas, mientras por un lado se escribe sobre la relevancia de la atención primaria de la salud, por otro, se privilegia la construcción de hospitales en desmedro de los centros de salud, lo cual es evidente en América Latina. Esto evidencia que cuando los argumentos científicos son contrahegemónicos ven reducidas las posibilidades de circular por los mismos caminos que las políticas hegemónicas. Así, en general, las políticas quedan subordinadas a la razón instrumental y al poder del capital^(4,8,9).

El exceso de interpretaciones convirtió a la atención primaria de la salud en un concepto polisémico dominado por significantes de los más variados, mientras que la referencia al hospital remite a un significado unívoco. En esa contradicción hay una disputa de dimensiones político-económicas e ideológico-culturales muy relevante, que son imposible de obviar en los cambios que se pretendan.

Los centros de salud fueron abordados por referentes históricos de la salud pública de relevancia internacional. Por ejemplo, Henry Sigerist (1891-1957), considerado un pionero a nivel mundial de la medicina social y de la sociología médica, escribió en el año 1938 el artículo “Medicina socializada”, donde afirma:

...el pueblo tiene derecho a la atención médica y la sociedad tiene la responsabilidad de cuidar a sus miembros. Un sistema ideal de atención médica debe ser organizado alrededor de centros de salud, cada uno con un hospital y un departamento de salud pública, conectado con pequeñas estaciones locales de salud, atendidas por médicos generales, enfermeras y técnicos. Los médicos de las estaciones locales de salud deben organizar comités de ciudadanos para realizar encuestas de salud, tareas de educación para la salud y realizar una variedad de actividades sociales y de salud. Cada ciudadano debe tener una asistencia médica gratuita, los médicos, como los demás trabajadores de la salud, deben recibir un salario.⁽¹⁰⁾

Ramón Carrillo (1906-1956), en su obra *Política sanitaria* publicada en el año 1949, dedica un capítulo a los centros de salud⁽¹¹⁾:

La socialización del cuidado médico –que es muy distinto a la socialización de la medicina– nos permitirá dominar las enfermedades infectocontagiosas por medio de tres instrumentos de acción: 1º) por vía de los centros de salud, o mejor dicho de las unidades sanitarias, funcionando alrededor de los centros sanitarios de cada provincia; 2º) por la creación del “médico de familia”, y 3º) por la organización del Registro Sanitario de Familia. [...] Entremos, pues, en materia. Los señores directores han leído, como yo, los últimos trabajos sobre centros de salud en otros países. Y habrán comprobado de qué modo diferente se interpreta su función, a través de ensayistas, realizadores, panegiristas y médicos, así como cada uno de ellos trata de adaptar sus conceptos y en muchos casos sus preconceptos, su rutina o su comodidad en materia tan compleja y propensa al error, si no se encara con

seriedad y sentido eminentemente científico-social. Yo me he confundido leyendo y estudiando el tema que nos preocupa. Deduzco que lo mismo les habrá acaecido a quienes me escuchan. Veamos entonces cómo debemos entender nosotros, los argentinos, el centro de salud en nuestro país, con modalidades propias e inconfundibles. Eliminaremos de inmediato el concepto personal de cada director porque lo que interesa es que la institución centro de salud, actúe armónicamente y no anárquicamente: que el centro de salud rinda los beneficios a que está destinado y para cuyo fin se crea. Y que, en fin, el mero parecer individual, por respetable que sea, no interfiera el propósito médico-social esencialísimo a cuya meta debemos arribar. Y en esto, como en todo esfuerzo orgánico, para llegar a una definición clara, precisa, intergiversable, argentina digamos nomás, de lo que es un centro de salud, debemos arrancar de los conceptos básicos, generales, que rigen nuestra política sanitaria. [...] Defino el centro de salud tal como lo entiendo yo y debemos entenderlo todos, por supuesto, como “la institución integrativa de la asistencia médico ambulatoria, médico sanitaria y médico social, que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofísico y social con el objeto de habilitarlos o rehabilitarlos física, intelectual y moralmente, frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población”.⁽¹⁾

Carlos Alberto Alvarado (1904-1986), quien había conseguido erradicar el paludismo del norte argentino cuando Carrillo era el ministro de Salud⁽¹⁾, al regresar al país en 1966 recibió la propuesta de ser ministro de Salud en Jujuy, su provincia natal. Ya en funciones aplica su Plan de Salud Rural, el cual se basó en el principio de trasladar el hospital a la gente, a las casas, familia por familia, combinando prevención con asistencia, para lo cual creó la figura del agente sanitario. Ese Plan de Salud Rural tomaba antecedentes de experiencias en las provincias de San Juan y Tucumán, y luego se aplicó en Salta, y más tarde en Neuquén⁽¹¹⁾. La propuesta de Alvarado consistía en que no había que esperar a las personas en los hospitales, sino que había que salir a buscarlas al lugar en el que vivían y trabajaban, por lo que crea la ronda sanitaria que realizan los agentes sanitarios, que tenía como principal propósito saber el número de personas, cómo vivían y cuáles eran sus padecimientos, y buscar con ello a todos los sintomáticos respiratorios sospechosos de padecer tuberculosis, casa por casa a los fines de disminuir el principal flagelo a la salud de los habitantes de Jujuy^(12,13).

En 1976, Milton Roemer (1916-2001), en su clásico libro *Perspectiva mundial de los sistemas de salud*, escribió un apartado con el título “Las innovaciones del futuro”:

En cada vecindario habría un centro de salud integral con un equipo de médicos generales, enfermeras técnicos y ayudantes. Todo el mundo –no solo el veterano, el pobre, o el niño lisiado– sería atendido por un “médico primario”, como lo definía recientemente el Informe *Millis*, de la *American Medical Association*. Se recurriría a especialistas cuando fuera necesario.⁽¹⁴⁾

Los centros de salud no representan una antigüedad que recuperamos por melancolía. En el contexto de la pandemia, de haber contado con una red de centros de salud con anclaje territorial y con equipos de salud, con fuertes vínculos con el territorio, se hubiese podido trabajar de otra manera, y así obtener otros resultados, tanto de morbilidad como de mortalidad (con base en una relación de confianza, disminuyendo los contagios con aislamientos precoces y tratando tempranamente los primeros síntomas de la enfermedad). Esos resultados serían mejores que los que se obtuvieron con la estrategia centrada en la hegemonía hospitalaria que se llevó adelante en casi todos los países, y que obligó a que los pacientes sintomáticos

consultaran directamente en el hospital (y en el trayecto hacia la consulta diseminaran el virus), en vez de ser visitados en sus domicilios para una detección precoz que evitara la multiplicación de contagios. En Italia e Inglaterra llegan a conclusiones similares vinculadas a la experiencia con la pandemia^(15,16).

La justificación de la necesidad científica de los centros de salud no alcanza para quitarle la hegemonía de la institución hospitalaria. Se necesitan, además de argumentos científicos, poder político y legitimidad cultural. Veamos cómo se construyó esa hegemonía hospitalaria en EEUU:

...pocas instituciones han sufrido una metamorfosis tan radical como los hospitales en su historia moderna. Al dejar de ser lugares de impureza temibles y de despojos humanos desterrados y convertirse en ciudadelas de la ciencia y del orden burocrático, se han hecho de una nueva identidad moral, así como de propósitos nuevos y de pacientes de posiciones más elevadas. Probablemente, los hospitales se distingan entre las organizaciones sociales por haber sido construidas inicialmente para los pobres y apenas en tiempos muy reciente haberse identificado con estados de ánimo totalmente diferentes entre las clases más respetables [...] Hoy día consideramos a los hospitales como la reencarnación más visible de la atención médica en su forma técnicamente más sofisticada; pero hace menos de 100 años muy pocos tenían que ver entre sí los hospitales y la práctica médica.⁽¹⁷⁾

Lo descrito por Paul Starr no se limita a EEUU, sino que se observa también en el socialismo real. Veamos la afirmación que hace Gregorio Bermann (1894-1972) sobre los hospitales en China, que son producto de sus tres visitas a ese país entre los años 1957 y 1967:

Por lo común, los hospitales y servicios psiquiátricos de China que he visitado no difieren mayormente de los de Occidente. En Europa y América, los hay ciertamente mejores, pero el viajero que se limitara a comprobarlo puede cometer serios errores si no toma en cuenta dos hechos fundamentales: 1) el menor número de enfermos mentales que en Occidente, a que me refiero en la parte sobre la Salud Mental; 2) la dedicación y devoción del personal más numeroso en China, que permite una mayor recuperación y en menor tiempo; de modo que con menos camas se pueden rendir más servicios.⁽¹⁸⁾

A pesar de la indudable hegemonía que el hospital construyó en el siglo XX al interior del campo de la salud y en la sociedad, no faltan las críticas que recibieron (y reciben) en distintos momentos históricos y desde distintas miradas y posiciones ideológicas, ya sea por los costos elevados de su funcionamiento o por la deshumanización progresiva que genera un trabajo cada vez más tecnologizado^(17,19).

En la mitad del siglo pasado, en Chile, el profesor Benjamín Viel Vicuña (1913-1998), uno de los fundadores del Servicio Nacional de Salud de ese país, escribía:

El más somero examen de la llamada Medicina Socializada en Chile permite concluir que ninguno de estos principios generales se cumple. La atención médica gratuita no es un derecho igualitario para el ciudadano, sino que restringida a ciertos grupos como el obrero asegurado y sus familiares directos y algunos sectores de empleados. Ello a pesar de que se ha demostrado que, a este gasto, que beneficia a sectores restringidos de la población, contribuye el total de la ciudadanía. La atención médica de índole estatal desconoce el principio de sectorización y atención descentralizada y cuando recurre a él lo hace con sectores tan grandes que

el sistema resulta ineficiente, más aún si se piensa que el centro de atención, incluso de atención ambulatoria es en Chile el hospital o el policlínico de gran tamaño alejado de lo que constituye el medio habitual del beneficiario. Para la organización chilena el hospital es el eje fundamental de la organización médica. Está tan lejos de ser el último eslabón que nuestra clase proletaria no dice “voy a consultar al médico” sino que siempre habla “voy al hospital”. La tradición lo obliga a ello y en su lenguaje habitual no hace más que denunciar nuestro defecto de organización.⁽²⁰⁾

El gran desarrollo tecnológico de los hospitales, sobre todo en EEUU durante la posguerra, comenzó a mostrar su ineficiencia en términos sanitarios, dada la no sostenibilidad económico-financiera del modelo sanitario centrado en la figura del hospital. En ese contexto proliferaron las críticas y los intentos de reformas de las estructuras hospitalarias. Esas críticas encontraron, desde hace décadas, fuerte respaldo en la bibliografía internacional^(21,22,23,24,25,26). Así, en distintos países y continentes, incluso con sistemas sociales, políticos y religiosos muy diferentes, se encuentran artículos que exploran reformas o nuevas institucionalidades a partir del reconocimiento de la complejidad que los caracteriza y la dificultad de evaluarlos por la cantidad de dimensiones en juego. Aprendiendo de esta complejidad, distintos autores proponen reducir el número de hospitales, de camas hospitalarias o destinar los hospitales solo a la concentración de la alta tecnología y las unidades de terapia intensiva^(27,28,29,30,31,32,33). Veamos algunos ejemplos. En España, entre los años 1980 y 2006, el número de camas de agudos por 100.000 habitantes se redujo en un 25%, entre otras muchas razones, por la mejora del primer nivel de atención y el desarrollo de otras formas de asistencia. En Holanda, el número de hospitales desde 1980 a 2010 se redujo a la mitad⁽²⁹⁾. En Inglaterra, entre los años 1973 y 2003, el número de camas totales (agudas, crónicas, psiquiátricas, etc.) se redujo a la mitad, pero el descenso de 154.479 camas hospitalarias desde 1982 a 1998 coincidió con la creación en “hogares de enfermería” de 153.119 camas de propiedad privada, pero financiadas con dinero público⁽³¹⁾. En Dinamarca, en el contexto de la reforma administrativa y política del año 2007, el número de hospitales de agudos se redujo de 40 a 21. Desde entonces, la productividad de los hospitales ha aumentado en más de un 2% anual y los costos se han mantenido estables. En general, los indicadores apuntan a una reforma exitosa⁽³⁴⁾.

En EEUU, el gasto en salud y su financiamiento constituyen un problema desde las primeras décadas del siglo pasado. Si se compara el gasto como porcentaje del PBI, entre los años 1960 y 2017 creció más del triple, mientras la población solo aumentó un 75%. También el gasto por internación se multiplicó por 12, y el gasto hospitalario se multiplicó por 200 a pesar de caer la tasa de internación. Pero, en cambio, el número de hospitales se redujo un 20% y el número de camas pasó de 1,6 millones a 0,89 millones entre los años de 1960 a 2017⁽³⁵⁾. El tamaño y la distribución de los hospitales, los cambios epidemiológicos, las cuestiones demográficas y el impacto del desarrollo técnico-científico en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades nos llevan a preguntarnos por su pertinencia actual, es decir ¿estamos frente a una institución que ha perdido funcionalidad ante los problemas actuales? De ser así, se coloca en agenda la necesidad de una reforma de los hospitales^(36,37).

Lo que estuvo y está pasando con los hospitales en los países centrales, no es lo que estamos siguiendo desde el Sur. Aunque Ramón Carrillo haya señalado que “el éxito de un hospital radica en estar vacío”⁽¹⁾, continuamos con políticas centradas en el hospital, que aparece como figura dominante para solucionar los problemas de salud. No criticamos la construcción de hospitales para saldar una deuda de estructura hospitalaria, sino que destacamos que, si no se realiza una mirada integral sobre el campo de la salud y se prioriza el cuidado de la salud sobre la atención de la enfermedad, siempre van a faltar hospitales. Por eso criticamos limitar las políticas de salud al desarrollo hospitalario sin pensar otras formas de institucionalidad como los centros de salud, lo cual imposibilita la construcción de otra hegemonía

institucional, a la vez que favorece el incremento del gasto en salud, que no guarda relación con indicadores epidemiológicos ni a nivel poblacional, ni de los sistemas y servicios de salud. Se gasta mucho y se gasta mal.

Dimensiones técnicas para reformular modelos de atención y organización en las instituciones del campo de la salud

La pandemia del COVID-19 es una evidencia más de la importancia y la necesidad de los sistemas públicos de salud. La bibliografía señala que los sistemas públicos pueden tener mejores desempeños que los privados^(38,39), lo que también se puede corroborar relacionando el gasto en salud como porcentaje del PBI con indicadores de salud en países con distintas formas de financiamiento, como EEUU, Cuba, Costa Rica, Uruguay, Canadá, Inglaterra y los países nórdicos. Esta jerarquización de los sistemas públicos no implica excluirlos de las críticas que realizamos al campo de la salud, ni tampoco que la solución de sus problemas remita a una articulación público-privado, argumento sostenido como solución por los organismos internacionales desde la década de 1990. Se trata, ante todo, de un fortalecimiento de lo público para pensar, en un segundo momento, en la articulación público-privado, pero no desde un lugar de debilidad estructural, de lo contrario no se podrá revertir la histórica situación de solidaridad invertida que se da al interior del campo de la salud, donde el pobre (lo público) financia al rico (lo privado).

Las propuestas organizativas que se detallan aquí surgen en distintos momentos y países, algunas de las cuales han sido criticadas a veces por apoyar cambios, sin contemplar estructuras ni recursos comunitarios, es decir, por seguir un modelo “tecnocrático e individualista”. Mas allá de esas críticas que, en general, compartimos, proponemos pensarlas para discutir si es necesaria y oportuna su inclusión/adaptación al sistema público ya sea como formas o modificaciones de los procesos de atención-cuidado, así como también de las formas organizativas e institucionales.

En el siguiente listado, ni la mención, ni el orden en el que se presentan las propuestas representa una jerarquía entre ellas, ni sobre otras que no se aluden:

- Atención e internación domiciliaria⁽⁴⁰⁾.
- Pasaje desde una lógica funcional a una lógica orientada a procesos de atención-cuidado en la organización hospitalaria.
- Implementación de programas asistenciales de atención centrados en el paciente^(41,42).
- Implementación de prácticas asistenciales con apoyo matricial (con predominio de la interdisciplina sobre la especialización)⁽⁴³⁾.
- Centros híbridos (cirugía programada no urgente, centros especializados, policonsultorios de especialistas, pequeñas maternidades humanizadas, etc.).
- Desinstitucionalización (dignificación de las personas) en salud mental, adultos mayores, niñez en conflicto con la ley, etc.
- Turnos compartidos entre personas con enfermedades crónicas^(44,45,46,47,48).
- Enfermería especializada en servicios quirúrgicos básicos (*Surgical care practitioners*)^(49,50).
- Hospitales con servicios de urgencias, quirófanos y de unidades coronarias unidos en una matriz crítica para aprovechar mejor los espacios comunes y las sinergias.
- Centros de alta resolución y super especializados (de oftalmología, de cirugía cardiovascular pediátrica, etc.) con funcionamiento de 24 horas todos los días.
- Diálisis peritoneal⁽⁵¹⁾.
- Cuidadores domiciliarios, acompañantes terapéuticos, rehabilitación basada en la comunidad.

- Desarrollo de telemedicina para consultas desde lugares lejanos.
- Estructuras edilicias modulares que permitan cambios espaciales sin mayores complicaciones.

Dimensiones tecno-políticas para una nueva hegemonía institucional

Estas dimensiones las aplicaremos sobre un “modelo” de centro de salud, a manera de ejemplo, en tres niveles: organización, políticas y procesos de atención cuidado.

Organización

Se piensa en un centro de salud para la atención de 1.200 familias/grupos domésticos aproximadamente, donde cada equipo territorial tendría a su cargo aproximadamente 120 familias/grupos domésticos. La dirección de esos centros de salud se realizaría de manera colegiada con participación de integrantes de la propia comunidad que designarían un equipo de gestión integrado por tres trabajadores que llevarían adelante las acciones delineadas por el colegiado⁽⁴³⁾.

La dotación de personal de cada centro de salud no sería mayor a 60 trabajadores, divididos en dos turnos de seis horas cada uno, de manera de poder mantener niveles organizativos a escala humana. En cada centro de salud se radicarían hasta diez equipos territoriales. La dotación total del personal estaría conformada por:

- médicos/as (de 9 a 12)
- enfermeros/as (de 10 a 15)
- odontólogos/as (de 1 a 3)
- trabajadores/as sociales (de 1 a 3)
- psicólogos/as (de 1 a 3)
- licenciados/as en obstetricia (de 2 a 4)
- personal auxiliar (de 2 a 4)
- administrativos/as (de 2 a 4)
- agentes sanitarios o promotores/as de la salud (de 2 a 4).

Esta configuración se definiría y/o se podría completar con otras disciplinas de acuerdo con los perfiles epidemiológicos y sociodemográficos de los territorios. Es necesario limitar el número de trabajadores en los centros de salud para que sean organizaciones a escala humana y no se vuelvan ingobernables como la mayoría de las organizaciones hospitalarias.

Los trabajadores de los centros de salud tendrán dedicación exclusiva a tiempo completo, con guardias de 8 horas, dando prioridad a quienes vivan más cerca del centro de salud. Estos trabajadores deberían ser parte de una carrera profesional propia, multidisciplinaria del primer nivel de atención de nivel nacional para permitir su movilización por diferentes causas y protegerlos de los cambios políticos que, en general, suelen poner fin a estas experiencias.

Los centros de salud tendrían *a priori* dos configuraciones: 1) básica (anteriormente descrita), y 2) el policlínico que tendría, además de las funciones de un centro de salud, de una a cuatro camas para observación, realizaría cirugías ambulatorias y dispondría de tecnologías de baja complejidad para estudios de rutina.

El funcionamiento del centro de salud sería como mínimo de 12 horas, podrían tener guardia nocturna o funcionamiento de 24 horas los siete días de la semana. Su diseño arquitectónico se basaría en: su integración al contexto, la sustentabilidad del edificio, con una construcción modulada que pueda prever su crecimiento o modificación acorde a las necesidades de uso, ubicados a no más de 15 cuadras del domicilio de los usuarios.

Los centros de salud se relacionarían con una red federal de hospitales de complejidad creciente que funcionarían como centros de derivación desde los centros de salud. Se podrán contratar equipos privados y de la seguridad social en la medida que cumplan con el propósito señalado.

Políticas

La propuesta se centra en pasar de una lógica normativa a culturas organizacionales que tengan como objetivo construir equipos cuya tarea esté centrada en una lógica de ampliación de derechos, para ello se jerarquizarán los procesos relacionales y la promoción de la salud.

Se concentrará el financiamiento en el territorio, de forma independiente del ente financiador, siguiendo criterios de equidad y federalismo. Se analizarán incentivos salariales para los equipos, en función de resultados de salud de las poblaciones a cargo.

Los centros de salud deberán tener el poder para operar como “un nodo de coordinación” y “estar en el asiento del conductor en el territorio”, por lo que acompañarán actividades relacionadas con la salud en sus territorios a través de un fuerte proceso de desmedicalización.

Procesos de atención y cuidado

El equipo de profesionales de cabecera será el único que podrá derivar a los diferentes especialistas. Esos profesionales funcionarán como porteros del sistema (“gatekeeping”)^(52,53,54). Los equipos realizarán atención e internación domiciliaria cuando sea posible y las condiciones materiales lo permitan.

Los equipos de los centros de salud tendrán apoyo matricial *in situ* de especialistas según requerimiento⁽⁴³⁾ y asistencia de centros de distintas complejidades para interconsultas vía telesalud en los casos más complejos.

Principales obstáculos

Uno de los principales obstáculos detectados es la medicalización y biopolítica “de”, y “en” la vida cotidiana que conforma el sentido común de la sociedad, que se suman a los intereses de diferentes actores: (industria del medicamento, dueños de grandes sanatorios privados, capitales financieros), intereses corporativos profesionales y académicos, intereses no solidarios de las obras sociales (incluyendo a las obras sociales provinciales).

La confluencia sinérgica de medicalización, biopolítica e interés de los actores señalados lleva a que Argentina tenga un alto gasto en salud que representa el 10% del PBI ¿Cuántos de esos puntos del PBI no se corresponden con inversión, sino con gasto? Y, ¿que se podría hacer con esa diferencia que constituye miles de millones de dólares anuales para construir un país menos desigual? Esas preguntas deben dar lugar a una discusión que es central y debe acompañar esta propuesta.

NOTAS FINALES

Hay suficientes antecedentes en Argentina sobre los cuales se puede volver para recuperar saberes y prácticas que dialogan con lo expuesto. Este texto se propone desencadenar una reflexión/diálogo al interior del campo de la salud y por fuera de él, ya que la temática que trata (proceso salud-enfermedad-atención-cuidado), institucionalidades hegemónicas y los

niveles de gasto en relación porcentual con el PBI, debieran ser alarmas suficientes para su discusión. Entre los antecedentes a considerar en nuestro país y a sabiendas de su incompletitud señalamos:

- la obra de Carrillo entre 1946 y 1954;
- la ley Oñativía (Ley 16463) del año 1964;
- la experiencia de Alvarado en Jujuy con el Plan de Salud Rural en 1966;
- los orígenes del plan de salud de la provincia de Neuquén en 1970;
- el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNISS), Ley 20748, en 1973;
- el programa Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) en provincia de Buenos Aires entre 1987 y 1988, siendo ministro de Salud Floreal Ferrara en el gobierno de Antonio Cafiero;
- y el trabajo diario de cientos de miles de trabajadores de la salud que día a día, desde hace décadas, trabajan por mejorar las condiciones de salud a lo largo y ancho del país.

No realizamos este planteo porque entendamos que lo que se propone sea fácil de realizar. Es más, sabemos que es muy difícil, pero lo planteamos porque es necesario, muy necesario. Por ello, esperamos que estas ideas constituyan la “hoja de ruta” de los Eternautas que emprendan la tarea a pesar de las nevadas.

AGRADECIMIENTOS

Este texto fue presentado en el Foro Universitario del Futuro: “Pensar y dialogar para construir la Argentina a 20 años” organizado por la Jefatura de Gabinete de Ministros de la República Argentina en el eje “Salud Prevención y Estrategia Sanitaria” en 22 de octubre de 2020.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo R. Política sanitaria argentina. Buenos Aires: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2018. doi: <https://doi.org/10.18294/9789874937032>.
2. Rosanvallon P. La nueva cuestión social: Repensar el Estado providencia. Buenos Aires: Manantial; 1995.
3. Merhy E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
4. Spinelli H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. Salud Colectiva. 2016;12(2):149-171. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>.
5. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010;6(3):275-293. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>.
6. Dawson B. Informe de Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1964.
7. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México DF: Siglo XXI Editores; 1985.
8. Horkheimer M, Adorno T. Dialéctica del iluminismo. Buenos Aires: Sudamericana; 1988.
9. Mouffe C. En torno a lo político. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2011.
10. Sigerist H. Historia y sociología de la medicina: selecciones. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
11. Veronelli JC, Veronelli Correch M. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
12. Jaureche A. ¿Quién es el Dr. Alvarado? Salud Colectiva. 2012;8(1):81-83.
13. Sonis A. Medicina sanitaria y administración de salud. 3a ed. Atención de la salud. El Ateneo; 1978.
14. Roemer M. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México DF: Siglo XXI Editores; 1980.
15. Garattini L, Zanetti M, Freemantle N. The Italian NHS: What Lessons to Draw from COVID-19? Applied Health Economics and Health Policy. 2020;18(4):463-466. doi: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs40258-020-00594-5>.

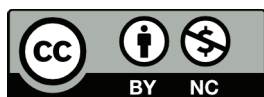
16. Gray R, Sanders C. A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom. *Journal of Interprofessional Care*. 2020;34(5):672-678. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1823948>.
17. Starr P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica; 1991.
18. Bermann G. La salud mental en China. Buenos Aires: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2020. doi: <https://doi.org/10.18294/9789874937643>.
19. Schraiber LB. El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX. Buenos Aires: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2019. doi: <https://doi.org/10.18294/9789874937216>.
20. Viel B. La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1961.
21. Angell M. La verdad acerca de la industria farmacéutica cómo nos engaña y qué hacer al respecto. Bogotá: Editorial Norma; 2006.
22. Dubos RJ. El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico. México: Fondo de Cultura Económica; 1992.
23. Götzsche P. Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud. Barcelona: Los Libros del Lince; 2017.
24. Illich I. Némesis médica. México DF: Planeta; 1976.
25. Langbein K, Ehgartner B. Las traiciones de la medicina. Teià: Robinbook; 2007.
26. Whitaker R. Anatomía de uma Epidemia. Pílulas Mágicas, Drogas Psiquiátricas e o Aumento Assombroso da Doença Mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEBES; 2017.
27. Amato L, Fusco D, Acampora A, Bontempi K, Rosa AC, Colais P, et al. Volume and health outcomes: evidence from systematic reviews and from evaluation of Italian hospital data. *Epidemiologia e Prevenzione*. 2017;37(Suppl 2):S1-S100.
28. Barrett B, Way C, McDonald J, Parfrey P. Hospital utilization, efficiency and access to care during and shortly after restructuring acute care in Newfoundland and Labrador. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2005;10 (Suppl 2):S31-S37. doi: <https://doi.org/10.1258/135581905774424537>.
29. Escuela Andaluza de Salud Pública, Técnicas de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Evolución y tendencias futuras del hospital: Revisión bibliográfica sistemática. Granada: OPS OMS; 2012.
30. Malcolm L. Trends in hospital bed utilisation in New Zealand 1989 to 2006: more or less beds in the future? *New Zealand Medical Journal*. 2007;120(1264):U2772.
31. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(6):803-810.
32. Nuffield Institute for Health, University of Leeds, NHS Centre for Reviews and Dissemination University of York. Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. *Effective Health Care*. 1996;2(8):1-16.
33. Wallace DJ, Seymour CW, Kahn JM. Hospital-Level Changes in Adult ICU Bed Supply in the United States. *Critical Care Medicine*. 2017;45(1):e67-e76. doi: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002051>.
34. Christiansen T, Vrangbæk K. Hospital centralization and performance in Denmark-Ten years on. *Health Policy*. 2018;122(4):321-328. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.009>.
35. Spinelli H. Máquinas y arte-sanos. *Salud Colectiva*. 2018;14(3):483-512. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1823>.
36. Katz J, Muñoz A. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988.
37. Pencheon D. Developing a sustainable health and care system: lessons for research and policy. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2013;18(4):193-194. doi: <https://doi.org/10.1177/1355819613503633>.
38. Liaropoulos L, Goranitis I. Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity Health*. 2015;14:80. doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2F12939-015-0208-5>.
39. Tiemann O, Schreyögg J, Busse R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy*. 2012;104(2):163-171. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.11.010>.
40. McGarry P. Progress in home-based treatment. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2019;36(1):3-5. doi: <https://doi.org/10.1017/ipm.2018.46>.
41. Fiorio CV, Gorli M, Verzillo S. Evaluating organizational change in health care: the patient-centered hospital model. *BMC Health Services Research*. 2018;18:95. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2877-4>.
42. Hernandez SE, Conrad DA, Marcus-Smith MS, Reed P, Watts C. Patient-centered innovation in health care organizations: a conceptual framework and case study application. *Health Care Management Review*. 2013;38(2):166-175. doi: <https://doi.org/10.1097/hmr.0b013e31825e718a>.
43. Campos G. Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.

44. Bartley KB, Haney R. Shared medical appointments: improving access, outcomes, and satisfaction for patients with chronic cardiac diseases. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010;25(1):13-19. doi: <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3181b8e82e>.
45. Kaidar-Person O, Swartz EW, Lefkowitz M, Conigliaro K, Fritz N, Birne J, et al. Shared medical appointments: new concept for high-volume follow-up for bariatric patients. *Surgery for Obesity & Related Diseases*. 2006;2(5):509-512. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2006.05.010>.
46. Noya CE, Chesla C, Waters C, Alkon A. Shared medical appointments: An innovative model to reduce health disparities among Latinxs with Type-2 Diabetes. *Wester Journal of Nursing Research*. 2020;42(2):117-124. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945919845677>.
47. Tsiamparlis-Wildeboer AHC, Feijen-De Jong EI, Scheele F. Factors influencing patient education in shared medical appointments: Integrative literature review. *Patient Education and Counseling*. 2020;103(9):1667-1676. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.006>.
48. Watts SA, Gee J, O'Day ME, Schaub K, Lawrence R, Aron D, et al. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2009;21(3):167-172. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00379.x>.
49. Jangland E, Yngman Uhlin P, Arakelian E. Between two roles - Experiences of newly trained nurse practitioners in surgical care in Sweden: A qualitative study using repeated interviews. *Nurse Education in Practice*. 2016;21:93-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.10.005>.
50. Sarro A, Rampersaud YR, Lewis S. Nurse practitioner-led surgical spine consultation clinic. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(12):2671-2676. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05446.x>.
51. Chaudhary K, Sangha H, Khanna R. Peritoneal dialysis first: rationale. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2011;6(2):447-456. doi: <https://doi.org/10.2215/CJN.07920910>.
52. Rotar AM, Van Den Berg MJ, Schäfer W, Kringos DS, Klazinga NS. Shared decision making between patient and GP about referrals from primary care: Does gatekeeping make a difference? *PloS One*. 2018;13(6):e0198729. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198729>.
53. Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2011;29(1):28-38. doi: <https://dx.doi.org/10.3109%2F02813432.2010.537015>.
54. Zentner A, Velasco Garrido M, Busse R. [Do primary care physicians acting as gatekeepers really improve health outcomes and decrease costs? A systematic review of the concept gatekeeping]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger*. 2010;72(8-9):e38-e44. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0029-1234126>.

FORMA DE CITAR

Spinelli H. Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud. *Salud Colectiva*. 2020;16:e3360. doi: 10.18294/sc.2020.3360.

Recibido: 22 oct 2020 | Aprobado: 16 dic 2020 | Publicado en línea: 23 dic 2020



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://doi.org/10.18294/sc.2020.3360>