

Visibilizar la salud internacional en los territorios

Make international health visible in territories

Lic. Ignacio Barrena

Licenciado en Relaciones Internacionales (FCH-UNICEN), Postítulo de Formación Docente (UCES). Diplomado en Salud Internacional (Escuela de Gobierno en Salud "Floreal Ferrara" - UNPAZ). Concejal en el Honorable Concejo Deliberante de Necochea (2017-2021). Presidente Comisión Salud y Desarrollo Social, HCD Necochea (2017-2019). Presidente Comisión Derechos Humanos, HCD Necochea (2017-2021). Consejero Académico Graduado, Facultad de Ciencias Humanas, UNICEN (2021-2023). Trabajador del área de Cómputos, Departamento de Epidemiología, Estadística y TICS, Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra, Necochea (2012-2017).
ignacio.barrena@gmail.com

Surgimiento de la salud internacional y del Complejo Médico Industrial y Financiero

La pandemia de enfermedad por coronavirus 2 puso nuevamente en el centro de las agendas políticas lo sanitario, y puso en evidencia el vertiginoso crecimiento de la internacionalización de los actores locales. No obstante, las Dimensiones Internacionales de la Salud y su expresión cotidiana en los ámbitos subnacionales latinoamericanos se encuentran invisibilizadas.¹ Este trabajo busca visibilizar estas dimensiones a nivel territorial, así como indagar y aportar en la construcción de categorías de análisis que expliquen la influencia de variables sistémicas internacionales en los niveles subnacionales. Primero, se propone, a modo de introducción, situar en términos históricos a la salud internacional y al Complejo Médico Industrial y Financiero (CMlyF).^{2,3} En segundo lugar, se propone confrontar las concepciones de *salud internacional* frente a la de *salud global*, al tiempo que describir las categorías de filantropocapitalismo, territorio, Salud como Asunto Internacional y Dimensiones Internacionales de la Salud.¹ Seguidamente, luego de realizado un estado de la cuestión, se analizarán publicaciones académicas relevantes, con diferentes perspectivas sobre las barreras de acceso a la salud, enunciando las principales características que las sustentan. Finalmente, se buscará problematizar y visibilizar las categorías antes expuestas a nivel local-territorial, indagando sobre las barreras de acceso que de ellas derivan.

Si bien los orígenes de la salud como cuestión internacional se encuentran en torno a los primeros intercambios entre estados-nación desde el siglo XVIII, tomándose como hito la Conferencia de París de 1851, será recién con el fin de la Segunda Guerra Mundial, en 1948, cuando se consagrará el derecho a la salud en la Convención Universal sobre los Derechos Humanos.⁴ Luego de una primera etapa incipiente y desordenada, marcada por la discusión entre contagionistas y miasmáticos, seguida de una de institucionalización del campo, dio inicio la tercera etapa en el marco de la guerra fría, donde la Unión Soviética representó un contrapeso al capitalismo. El modelo universalista y de planificación tuvo una notoria influencia internacional en el ámbito de la salud, ejemplificado en la Conferencia de Alma-Ata, llevada a cabo en Kazajistán en 1978, donde se consolidó la

concepción de Atención Primaria de la Salud de carácter universal frente a la selectiva o focalizada, que no tuvo éxito, y que fuera propugnada por el Tratado de Bellagio en 1980.⁴ El Complejo Médico Industrial y Financiero (CMlyF)^{2,3} surgió en los Estados Unidos a mediados de los años 60, incorporando en los 70 específicamente la salud al sector financiero y a la tecnología, en el marco del surgimiento del capitalismo cognitivo. El concepto de Complejo Médico Industrial aparece por primera vez en 1967 en un informe de Robb Burlage, líder del *think tank* Health-PAC, en el que afirmaba que "la industria de la salud solía significar sólo médicos y compañías farmacéuticas. Ahora comprende médicos, medicamentos, suministros hospitalarios, equipos electrónicos, computadoras, seguros médicos, construcción, bienes raíces y cadenas lucrativas de hospitales y hogares de ancianos".⁵ Este modelo de salud propugnado por el neoliberalismo se ha caracterizado por la segmentación y la disociación de la prestadora del servicio del financiador. Durante la década del 90, el capital financiero alcanzó la hegemonía en el sector salud y desarrolló el reposicionamiento del CMlyF con la radicalización de la medicalización³ por medio de estrategias de comunicación a través de Tecnologías de la Comunicación y la Información (TIC) dirigidas a usuarios, cambiando la definición de las enfermedades, "presionando a las agencias regulatorias para aprobar nuevos fármacos, tecnologías y tratamientos para que sean financiados por los seguros de salud públicos y privados; y la difusión y generalización de los protocolos clínicos y de la medicina basada en la evidencia".³ Este proceso fortaleció las perspectivas biologicistas que habían sido puestas en discusión décadas anteriores por la Medicina Social Latinoamericana, sellando un "círculo virtuoso de la científicidad bajo la hegemonía de una recreada biologización y medicalización".³

Las tecnologías surgidas a partir de los años 70 se fueron desarrollando en torno a la remercantilización del conocimiento que definió al capitalismo cognitivo, teniendo como elemento central los Derechos de Propiedad Intelectual instaurados bajo la norteamericana *Copyright Act* de 1976, que unificó y legitimó el conjunto de derechos monopólicos constituyendo un marco institucional para su aplicación, al tiempo que los extendió en cuanto a magnitud, duración y alcance.⁶ La lista de tecnologías incluye a las vinculadas con las TIC; los usos derivados de la tecnología aeroespacial (conectividad/telemedicina); la llamada "inteligencia artificial", farmacéutica, robótica, ingeniería genética; las *duales* por su vinculación militar, entre otras.

Las dificultades en el acceso a las vacunas contra el coronavirus por parte de la mayoría de los países y la negación por parte de las potencias de liberar temporalmente las patentes, dan cuenta del papel que desempeñan los derechos de propiedad intelectual en la geopolítica de limitación tecnológica.⁷ En el marco histórico del declive unipolar norteamericano y de la confrontación producto del ascenso de la República Popular China como potencia, "se asiste a una disputa geopolítica por el dominio de las tecnologías emergentes, los mercados que ellas generan y la redacción de normas y reglas para su uso".⁷

El surgimiento de la pandemia por coronavirus visibilizó y agudizó las dificultades para el acceso a la salud. La tensión entre las necesidades y la concreción efectiva del acceso a las prestaciones por parte de las poblaciones en los

territorios, dan cuenta de que el modelo mayormente extendido es insuficiente para satisfacer las demandas, atendiendo cada vez menos gente y de forma costosa.^{2,3}

Salud internacional y salud global: una dicotomía que se expresa en los territorios

El filantropismo, o recientemente llamado *filantrocapitalismo*,² se refiere a fundaciones, como la Rockefeller creada en 1901 o la Bill & Melinda Gates en 1995, para designar acciones supuestamente no lucrativas que siempre han tenido que ver con los intereses económicos de sus empresas, ya sea de manera directa o indirecta, ejerciendo enorme influencia en gobiernos y organismos internacionales.⁹ Estos actores promovieron la expresión "salud global", ya que desde principios del siglo XX este campo fue conocido como "salud internacional", en la que jugaron un papel destacado las soberanías estatales. El cambio de denominación de "salud internacional" al de "salud global" tuvo lugar dentro del contexto de los procesos de globalización y "representa mucho más que un simple giro lingüístico".⁴ La *aldea global* del Consenso de Washington hacía desaparecer la idea de nación, es decir de estado y de soberanía nacional.

Mientras la noción de globalidad tomaba impulso, durante los años 90, el análisis de las dimensiones internacionales en estudios sociales sobre la ciencia y la tecnología criticaron la perspectiva internalista tradicional del ámbito científico, que niega la influencia de fuerzas sociales y factores externos, promoviendo perspectivas multi- e interdisciplinarias entre las diferentes ciencias como también en la disciplina de las relaciones internacionales. El peso creciente de la dimensión internacional en actividades científico-tecnológicas generó debates que atravesaron los distintos estudios, entre los que se destacan las discusiones acerca de las condiciones de producción de conocimientos en el contexto latinoamericano y las tensiones en torno de la visibilidad internacional y la utilidad social de la ciencia y la tecnología de América Latina.¹⁰

Franco-Giraldo¹¹ categoriza a la *determinación global* de la salud "para sintetizar la fuerza de la determinación social sobre las condiciones de vida y salud de la población como de las circunstancias de su reproducción social en sus diferentes ámbitos (global, internacional, regional, nacional y local) donde se da la salud global". A diferencia de la concepción *filantrocapitalista*, esta perspectiva utiliza de forma crítica el término global. La noción surgida en Latinoamérica en la década del 70 sobre los *determinantes sociales de la salud* implica considerar el análisis del proceso salud/enfermedad y los procesos vitales con una dimensión material, compuesta en su expresión orgánica, biológica y social, y de una dimensión subjetiva que se refiere a la percepción de estos procesos desde la intersubjetividad colectiva.¹²

La conceptualización de Salud Internacional planteada por Mario Rovere propone dos polos de análisis para su abordaje "altamente superpuestos, pero individualizables".¹ Por una parte, a la salud como asunto internacional en tanto un recorte de la disciplina de las relaciones internacionales que estudia regulaciones, fronteras, intercambios comerciales, financieros, servicios y de bienes. Por otra parte, dentro del espacio nacional, a las Dimensiones Internacionales de Salud en tanto una perspectiva de análisis de los sistemas de salud, incluyendo entidades subnacionales, que "procura desvelar aquellos fenómenos o procesos de naturaleza internacional que aporten elementos de comprensión de su estructura, funcionamiento y dinámica de reproducción y transformación".¹ Rovere caracteriza a cuatro componentes como los centrales de la compleja problemática de salud de un país.¹ Primero a la salud de la población;

segundo al modelo prestador en tanto la infraestructura, el funcionamiento y la producción de todo el equipamiento social dedicado a prestar servicios de salud. En tercer lugar, el grado de desarrollo productivo, incluyendo la capacidad instalada e innovación, y por último los determinantes políticos, sociales y económicos.

La noción de territorio se asume desde lo local, como una categoría multidisciplinaria central del campo de la salud pública y también un escenario en disputa entre una visión que lo ubica como fuente de acumulación y otra que la concibe como el escenario donde se gesta la vida y su sustentabilidad.¹³ En el territorio "se manifiestan los procesos de producción y reproducción social junto al metabolismo sociedad-naturaleza, siendo estos procesos los que constituyen la base de la determinación social que establece los perfiles salud-enfermedad-muerte de las poblaciones que lo habitan".¹³

Juan César García (1994) afirma que la infraestructura determina a la superestructura en el proceso de producción de los servicios de salud, y es la infraestructura el proceso de atención y cuidado como las relaciones de la atención médica.¹⁴ La superestructura aparece analíticamente con posterioridad y hace referencia al orden institucional del proceso de producción de servicios médicos, incluyendo a las concepciones sobre la práctica médica. El autor propone que las relaciones entre los actores de salud se categorizan en función de la competencia o cooperación entre los integrantes de una misma categoría, y la existencia de relaciones autoritarias o igualitarias entre actores pertenecientes a diversas categorías. En este sentido, García describe que "las relaciones entre los agentes y el proceso de atención y cuidado médico pueden ser estudiados desde dos ángulos: a) el grado de control que tienen los agentes sobre el proceso (dimensión: alienación-control), y b) la propiedad o no de los medios de diagnóstico, tratamiento y cuidado (dimensión: propiedad-no propiedad)".¹⁴

En los sistemas de salud de los países latinoamericanos tenemos un alto grado de importación tanto de conocimiento como de normas, equipos e insumos. Convivimos con una alta heterogeneidad cultural, sin embargo, con servicios y sistemas de salud muy parecidos que, a la luz de la desigualdad y las brechas en el Cono Sur, no resultan eficientes para cumplir con el acceso al derecho humano a la salud. El modelo prestacional de segmentación mostró con la pandemia de coronavirus signos de ¿fracaso?, ¿para quién? Fracaso para resolver el acceso a la salud de la población. Es por ello que estudiar las Dimensiones Internacionales de la Salud en los territorios implica necesariamente visibilizar su impacto local en las barreras de acceso al derecho humano a la salud.

Perspectivas de análisis sobre barreras de acceso y modelos prestacionales de salud

La mayoría de los estudios de barreras de acceso a la atención de salud han sido llevados a cabo en países desarrollados y con variables cualitativas sobre la base de fuentes primarias.¹⁵ También existen estudios, en diversos países latinoamericanos, basados en encuestas.^{2,8,15,16} Ballesteros¹⁶ compara metodológicamente y analiza diferencias entre la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (Ministerio de Salud de la Nación) y la Encuesta de la Deuda Social Argentina 2010 (UCA). Ayala García⁸ categoriza a las barreras de acceso a la salud como de oferta y demanda, identificando a las de oferta como las que tienen que ver con aspectos organizacionales o institucionales, así como las de calidad y la disponibilidad de recursos médicos. Sobre las de demanda, identifica tres tipos de barreras de acceso: la primera relacionada con los costos asociados con

la demanda, como la “falta de dinero” o “no tuvo tiempo”; la segunda vinculada con la percepción que se tiene sobre la gravedad del problema de salud, y por último, las barreras de demanda relacionadas con la cultura y el conocimiento acerca del sistema de salud. Las perspectivas financiadas por Rockefeller^{15,17} plantean 4 dimensiones analíticas: aceptabilidad, accesibilidad, contacto y disponibilidad.

Mario Hernández² agrupa a las barreras de acceso entre las geográficas, las administrativas (burocráticas), las culturales (subjetivas) y las de infraestructura. El itinerario burocrático se caracteriza como acciones de tutela que inciden directamente en “sufrimiento, complicaciones, discapacidad y muertes prevenibles”.² Cabe también en este punto indagar sobre las barreras de acceso originadas por actos de tutela de la *corporación médica*³ edificados sobre el Modelo Médico Hegemónico (MMH), en tanto el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes o ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad”.¹⁸ Aquí se asume el MMH desde una perspectiva crítica del biologicismo y no una subestimación ni negación de los avances de la biomedicina, poniendo en el centro la asimetría que implica en sí misma la relación médico-paciente y, por ende, entre entidades, estatales y no estatales, frente a la sociedad civil.

Si bien en los tipos de barreras de acceso propuestos por Hernández aparece explícitamente la noción de tutela, resulta específico destacar a las barreras de acceso corporativas, que son aquellas que, pudiendo o no relacionarse con los otros tipos de barreras, conforman acciones deliberadas y organizadas a través de diferentes actores, estatales y no estatales, con los fines de imponer la lógica hegemónica del MMH y el CMlyF para construir transnacionalmente (glocalmente: global más localmente) una agenda invisibilizada en torno a las barreras de acceso a servicios de salud por parte de las poblaciones.

Desde los 90, los sistemas de salud de los países latinoamericanos fueron edificando políticas públicas de salud en torno a la arquitectura del Consenso de Washington. El Banco Mundial promovió desde 1987 una reforma para los países en desarrollo que implicaba el cobro de aranceles a los usuarios, la promoción de seguros médicos, la atracción de recursos no gubernamentales (privados) y la descentralización de los servicios de salud.¹⁹ El informe “Invertir en salud”, de 1993, promovía introducir agentes de mercado en competencia, la concentración de los recursos públicos en acciones de alto riesgo y el subsidio a la demanda focalizado con paquetes de servicios con base en la “carga de la enfermedad”.² Este modelo prestacional hegemónico-corporativo también se caracteriza por la dependencia del financiamiento público, la ya mencionada separación del financiador del prestador de salud y la regulación de la competencia, o también denominada desregulación cerrada.²⁰

En el caso de Argentina, la fragmentación del sistema sanitario se pone de manifiesto en el uso de diferentes nomencladores, que facturan valores distintos según el prestador,

y es siempre al estado inferior monto que al privado. Asimismo, pacientes de todas las edades con cobertura no pueden acceder en forma directa al derecho elemental a la salud, inclusive sobrepagando hasta más de 4 a 5 veces por la prestación (obra social propia, la de cónyuge, cosegueros, mutuales, tasas municipales, sobre cobros ilegales sin entrega de factura, entre otras). En un territorio tan federal como el caso argentino y en el interior de la propia provincia de Buenos Aires (PBA), muchas veces no existen los servicios de Internación, Cuidados Críticos o Emergencias en el sector privado, recayendo el peso en el estado municipal “bobo” cooptado por la lógica del MMH. Hay municipios pequeños que tienen solo primer nivel y derivan en otros medianos o grandes, que apenas tienen la capacidad, sobre todo por falta de recursos humanos, para que sus poblaciones –y la región– accedan al derecho a la salud. Un reflejo de una lógica del MMH que hay que revertir en la PBA es el régimen de coparticipación, que sigue “premiando” la enfermedad, entre otras irracionalidades.

El desarrollo de las TIC a gran escala, como su incorporación a los sistemas de salud, se ha producido a pasos agigantados durante la pandemia. Han sido utilizadas por los gobiernos para generar políticas que tiendan a eliminar las barreras de acceso a la salud, como en el modelo de vacunación de la PBA, los recientes avances en la Historia Clínica Digital y su vinculación con el Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA). Sin embargo, las TIC se han empleado a gran escala desde bastante antes de la pandemia de coronavirus por parte del CMlyF. Las multinacionales entregan a los profesionales tickets con códigos de barras o QR que conducen a “descuentos” en consultorios públicos y privados, obteniendo información sobre sus medicamentos recetados-vendidos, instaurando además una lógica de premios. Esta retroalimentación también se manifiesta en la propaganda personalizada en redes sociales, que lleva a un nuevo nivel el uso de la comunicación a gran escala con respecto al siglo pasado, mediante la big data. Estas lógicas refuerzan la idea de mercado por sobre la de salud, inclusive de consumo inútil e innecesario desde el punto de vista biomédico, bajo una lógica de ganancia y rentabilidad que, lejos de poner en primer lugar la salud del paciente, refuerza su papel como mero consumidor, tal como lo concibe el texto escrito de nuestra constitución nacional⁶ y el andamiaje burocrático del modelo prestacional impuesto por el neoliberalismo.

Visibilizando las dimensiones internacionales de la salud en el territorio

“Las Dimensiones Internacionales de la Salud y del aparato prestador de servicios son tan masivas como invisibles.”

Mario Rovere¹

La agenda invisibilizada de la salud internacional en los territorios surge del entramado corporativo de actores locales del CMlyF. Mientras la pandemia expuso el factor de poder que implica el grado de desarrollo productivo como la capacidad instalada de los países, en los territorios se expresaron las relaciones de poder globales y la asimetría entre la sociedad civil y el MMH. El estado, en sus tres niveles, sigue siendo la institución determinante para intervenir en esas relaciones y garantizar el acceso al derecho a la salud por parte de las poblaciones. Incorporar la Dimensión Internacional de la Salud en el análisis de las barreras de acceso al derecho humano a la salud implica reconocer la capacidad tutelar de los actores locales en los territorios. La perspectiva desarrollada por el filantropocapitalismo para analizar las barreras de acceso a la salud invisibiliza el rol tutelar de actores corporativos locales y transnacionales.

^a La Real Academia Española define a corporación como “Organización compuesta por personas que, como miembros de ella, la gobiernan”, y como “empresa, normalmente de grandes dimensiones, en especial si agrupa a otras menores”.

^b La Constitución Argentina lo reconoce en el artículo 42 en tanto un derecho al consumidor. El derecho humano a la salud adquiere jerarquía constitucional por los tratados internacionales de derechos humanos que ha suscripto la Argentina (Art. 75, Inc. 22).

Reconocer los intereses de los actores involucrados resulta necesario para describir las barreras de acceso en cada territorio, y visibilizarlos permite poder delimitar su agenda como su capacidad de influencia en la estructuración de los sistemas de salud. En la práctica, las barreras de acceso en el sistema público de salud implican que los miembros de la sociedad civil que puedan hacerlo opten por el pago inmediato frente a la dilación “burocrática” que, desde dentro del sistema público, nos invita a acudir al mercado privado. Las barreras de acceso corporativas generan mecanismos de condicionamiento funcionales al complejo médico-industrial. Sobre los itinerarios burocráticos,² sería cuanto menos un grave error interpretarlos como problemas “administrativos”, sino como un constructo del entramado corporativo público-privado para imponer una lógica de beneficio sectorial cimentada en la segmentación. La negación de la incidencia de variables sistémicas sobre la burocracia estatal en todos los subniveles impide el desarrollo de políticas públicas de carácter alternativo, e invisibiliza las barreras de acceso corporativas de la salud a nivel territorial. El carácter tutelar sistémico hegemónico incide en la toma de decisiones local, condicionando –y no determinando– ese proceso decisorio, dejando espacio para la construcción de un modelo integrado con decisiones soberanas en todos los niveles, tanto local, provincial como nacional.

Actores locales del CMlyF también son los intermediarios comerciales; aquellos proveedores que se dedican a vender aparatología e insumos, visitantes médicos y empresarios que comercian servicios de salud diagnósticos, de segundo y tercer nivel a los tres niveles del estado. Otros representantes son los filantrópicos locales, entidades bajo la figura de asociación civil sin fines de lucro, que tienen notoria influencia en el proceso de toma de decisiones en las administraciones de salud a nivel local. Algunas incluso son de carácter transnacional, como Rotary. El entramado establecido por el MMH incluye a empresas de hogares de adultos mayores, farmacias, obras sociales y servicios de emergencias. Colegios, agrupamientos por especialidad y empresas transnacionales son agentes más visibles en la red del CMlyF a nivel territorial. La subalternización que plantea Menéndez (1988) en la definición del MMH implica la extensión de esta perspectiva en disciplinas por fuera de las ciencias de la salud, como las económicas, jurídicas y sociales.

Siguiendo la conceptualización sistémica de J. C. García,¹⁴ hay dos ángulos de análisis que estudian, en el modelo prestador, las relaciones entre los actores del proceso de atención y cuidado médico y que, lógicamente, también pueden observarse a nivel territorial-local. Una refiere al grado de control que tienen los actores sobre el proceso, y otra sobre la propiedad que tienen estos de los medios de diagnóstico, tratamiento y cuidado. Las barreras de acceso a la salud en los territorios se encuentran determinadas por las características de estas dos dimensiones.¹⁴ El estado en sus tres niveles es el único ente capaz de regular asimetrías frente a la sociedad civil y, necesariamente, debe poseer medios de diagnóstico, tratamiento y cuidado no solo para proveer acceso efectivo a prácticas a la población, sino para terminar con los oligopolios locales del entramado del CMlyF, dependientes del financiamiento público bajo el funcionamiento de un esquema de desregulación cerrada. Una posible tipología de actores locales del CMlyF implicaría analizar estas dos dimensiones en función de los accesos y las barreras en la utilización de servicios de salud, los estudios complementarios (laboratorio e imágenes), la derivación a especialidades, los medicamentos, la operación e internación, la odontología, la salud mental y

la salud sexual integral. Las relaciones entre los actores, también a nivel territorial se encuentran establecidas en función de la competencia o cooperación y según su relación autoritaria o igualitaria sobre la fuente de poder, que son conocimientos y habilidades especializadas cuyo valor está históricamente determinado.¹⁴

Recientemente, Torres-Tovar y Hernández²¹ publicaron, en el marco del histórico proceso de transición política de Colombia, un artículo donde describen las necesidades de transformación del modelo prestacional, de manera de “(...) estructurar un sistema que produzca salud, más que millones de atenciones médicas. Para ello es necesario realizar una transformación cultural e institucional”. Los autores sintetizan 4 aspectos claves para realizar una transformación social y cultural de los sistemas de salud: la configuración de un sistema de salud soberano y público, la intervención de base territorial y poblacional, las condiciones dignas de trabajo y la reorientación de la formación del campo de las ciencias de la salud.

En nuestro país, Mario Rovere propone²² para pensar la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud en Argentina, nueve ejes posibles, entre los que se destacan la necesaria discusión de los alcances e interacciones actuales del sistema de salud argentino y sobre cómo debería ser el arreglo institucional gubernamental en ese sistema integrado. Asimismo, otro tema clave es el financiamiento y la relación con las prestadoras, como la eficacia de la gestión. Propone analizar, en la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud, qué modelo de atención y de cuidado sería el adecuado, incorporando a las nuevas tecnologías. Defiende la universalidad a un costo accesible para garantizar el acceso al derecho a la salud, al tiempo que propone apoyarse en el carácter didáctico de la crisis introducida por la pandemia, que lo puso en el centro de escena de las agendas políticas a la salud. “La tensión entre mercantilizar o burocratizar el cuidado de la salud no es una opción aceptable”, afirma Rovere.²² Explícitamente destaca que no se trata de subordinar un subsistema al otro, sino que lo que debe hacerse es “poner en el centro a las y los ciudadanos, con sus necesidades, con sus expectativas y con su participación. Resultan medidas inmediatas el abrir un debate con la sociedad porque de lo contrario el tema quedaría encerrado en apenas una mesa de negociación de grupos de interés”.²² El autor enumera políticas públicas necesarias, como la “sustitución de importaciones, producción pública, compras conjuntas, complementariedades territoriales en capacidad resolutive, investigaciones multicéntricas colaborativas, formación técnica y profesional”.²² Luego destaca que “No podemos copiar modelos de otros países, aunque sí podemos aprender de ellos. El Sistema que surja de la discusión política, de la discusión de los actores y fuerzas sociales será sin dudas un modelo adecuado a las necesidades y a las posibilidades de nuestro país”.²²

El camino para el desarrollo de una política soberana de salud que ponga en el centro la salud vital de la población –y no la enfermedad–, implica dejar atrás un modelo que conduce a cada vez mayor complejidad, sofisticación y altos costos para atender cada vez menos personas. El análisis de las barreras de acceso al derecho humano a la salud debe necesariamente incorporar a las Dimensiones Internacionales de la Salud y visibilizar los intereses de los actores, asumiendo la necesidad de transformación del sistema de salud hacia uno de carácter universal que priorice la humanidad. Este nuevo escenario pospandémico abre espacios y nos invita a reflexionar bajo perspectivas multidisciplinarias sobre la necesidad de reformar el sistema de salud para su integración, en pos de garantizar el efectivo

acceso al derecho humano a la salud y abordar críticamente –sin simplificaciones– el impacto de las Dimensiones Internacionales de la Salud a nivel territorial, como también la actual relación entre prestadores privados, estatales y de otros tipos en las democracias latinoamericanas. Generar

políticas públicas para el acceso al derecho humano a la salud no es firmar una ley, implica grados de consenso entre los actores y la construcción de la fuerza social para desarrollar un modelo nacional soberano en materia sanitaria y científico-tecnológica.



Referencias bibliográficas

- Rovere M. Dimensiones internacionales de la salud. En: OPS. Salud internacional: un debate Norte-Sur. Washington, D.C.: OPS; 1992. Pp. 153-168.
- Hernández M. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). Revista Saúde Debate [Internet] 43(5):29-43, 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369096004>
- Iriart C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 13(5):1619-1626, 2008. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500025>
- Herrero MB, Belardo M. Salud internacional y salud global: historia, conceptos y perspectivas. Documento de Trabajo Área de Relaciones Internacionales de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Argentina. Buenos Aires: FLACSO; 2020.
- Burlage RK. Editorial. En: The Medical Industrial Complex. Health-PAC; 1969.
- Zukerfeld M. El rol de la propiedad intelectual en la transición hacia el capitalismo cognitivo. Argumentos [Internet] 9, 2008. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20120626041627/9_3.pdf
- Colombo SS. Introducción. En: Colombo SS, comp. Desarrollo y políticas de ciencia, tecnología e innovación en un mundo en transformación: reflexiones sobre la Argentina contemporánea [Internet]. Tandil: UNICEN; 2021. Pp. 5-15. [citado 1 de enero 2024] Disponible en: <https://ceipil.fch.unicen.edu.ar/wp-content/uploads/2021/03/2021-LIBRO-CEIPIL-UNICEN.pdf>
- Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Cartagena: Centro de Estudios Económicos Regionales; 2014.
- Birn AE. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. Hypothesis [Internet] 12(1):e8, 2014. Disponible en: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2015/04/birn_philanthrocapitalism_2014.pdf
- López MP, Taborga AM. Dimensiones internacionales de la ciencia y la tecnología en América Latina. Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos [Internet] 56:27-48, 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-85742013000100003&lng=es&tlng=es.
- Franco-Giraldo A. Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública 31(supl 1):73-86, 2013.
- López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Revista Medicina Social 3(4):323-335, 2008.
- Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Revista Saúde Debate 41(Número Especial):264-275, 2017.
- García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. México: Organización Panamericana de la Salud; Interamericana; 1994.
- Hirnas Adayu M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Panamericana de Salud Pública 33(3):223, 2013.
- Ballesteros M. Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales [Internet]. Presentado en: X Jornadas de Sociología, Buenos Aires, 1 al 6 julio 2013, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: UBA; 2013 [citado 1 de enero 2024]. Disponible en: <https://cdsa.aacademica.org/000-038/625.pdf>
- Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ 56(2):295-303, 1978.
- Menéndez EL. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Presentado en: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 1988, 30 de abril al 7 de mayo 1998. Pp. 451-64.
- Banco Mundial, Departamento de Población, Salud y Nutrición. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. B Of San Panam 103(6):695-709, 1987.
- Tafani R. Reforma al sector salud en Argentina [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 1997 [citado 1 de enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c36cc074-dedc-4c1b-b4f1-e5beac-0464fc/content>
- Torres-Tovar M, Hernández M. Transformación del Sistema de Salud va más allá de eliminar o no las EPS. Periódico UNAL [Internet]. Ago 2022 [citado agosto 2022]. Disponible en: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/transformacion-del-sistema-de-salud-va-mas-alla-de-eliminar-o-no-las-eps>
- Rovere M. Derecho a la Salud y Sistemas Integrados: lecciones de la Pandemia. Debate Público. Reflexión de Trabajo Social [Internet] 11(21):21-32, 2021. Disponible en: https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/07_Rovere.pdf